

## 介護保険事業者事故等報告書

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第__報
------------------------------	-------------------------------

提出日：西暦      年    月    日

1事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、 自施設で応急処置 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 入院</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 死亡</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> その他 (                    )</span>											
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦	年	月	日								
2 事業 所の 概要	法人名												
	事業所(施設)名								事業所番号				
	サービス種別												
	所在地												
3 対象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢				性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	年	月	日	保険者							
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 (                    )											
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立										
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
発生日時	西暦	年	月	日	時	分頃(24時間表記)							
4 事故 の 概要	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 (                    )											
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 (                    ) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)											
	発生時状況、事故内容 の詳細												
その他 特記すべき事項													
5 事故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応												
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 (                    )											
	受診先	医療機関名				連絡先(電話番号)							
	診断名												
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：                    ) <input type="checkbox"/> その他 (                    )											
検査、処置等の概要													