

鹿沼市保健福祉部長 宛

事業所(施設)名称

所在地

管理者

印

当事業所(施設)において、次のような事故が発生したので報告します。

1 事業所	事業所(施設)名 及び所在地	事業所(施設名) 所在地 電話番号
	サービス種類	
	管理者氏名	
2 事故対象者 (利用者又は 入所者)	氏名等	氏名 (男・女) 年 月 日生 (歳) 住所 電話番号 被保険者番号() 要介護度等()
	家族等の状況	
3 事故の概要	①発生日時	
	②発生場所	
	③種別 (該当するものに○ をつける)	利用者のけが、 利用者の死亡、食中毒、感染症、結核 職員の法令違反、 不祥事、個人情報の漏洩 その他()
	④内容 (経緯、発生状況、 事故対象者の状況、 原因等を記載)	
4 事故発生時の対応	発生時の対応 (応急処置、家族等への 連絡状況、医療機関への 搬送状況等を記載)	家族への連絡 (有・無) 市町への報告 (有・無) 居宅介護支援事業者への連絡 (有・無)
5 事故後の対応	①搬送後又は治療後の 利用者の状況 (病状、入院の有無等)	
	②家族への対応 (報告・説明)	
	③損害賠償等の状況 (損害保険利用の有無)	
6 再発防止に向けた対応策等		

※添付書類：施設の平面図等(事故が起きた場所を図示)