

越 生 町 長 様

事 業 者 名
代表者・職・氏名

越生町介護保険事業者における事故発生時の報告に関する要領第5条第1号の規定に基づき、次のとおり報告いたします。

介 護 保 険 事 故 報 告 書

法人名			
事業所(施設)名			
事業所番号			
所在地	電話番号 FAX 番号		
記載者・職・氏名			
サービスの種類 (事故が発生した サービス)	□介護給付		□予防給付
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> その他
氏名・年齢・性別	年齢：	性別：	要介護度
被保険者番号	サービス提供開始日	年 月 日	
住 所			
保険者名			
発生日時			
発生場所			
事故の種類(複数の 場合は最も症状の重 いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・ねんざ・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん	<input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> その他()
	死亡に至った場合はその死亡年月日： 年 月 日		
事故の内容			
対処の仕方			
治療した医療機関	名称：	所在地：	電話：
治療の概要			
連絡済の関係機関			
利用者の状況			
損害賠償等の状況			

注意：記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、報告書に添付してください。

越 生 町 長 様

事 業 者 名

代表者・職・氏名

越生町介護保険事業者における事故発生時の報告に関する要領第5条第2号の規定に基づき、次のとおり報告いたします。

介 護 保 険 事 故 処 理 状 況 報 告 書

法人名			
事業所(施設)名			
事業所番号			
所在地	電話番号		FAX番号
記載者・職・氏名			
事故発生日			
事故発生場所			
氏名・年齢・性別	年齢：	性別：	要介護度
被保険者番号			
住所			
保険者名			
利用者の状況	(利用者の状況及び家族への報告・説明の内容)		
事故処理等の途中経過			
事故処理が長期化している理由			

注意：記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、報告書に添付してください。

越 生 町 長 様

事 業 者 名

代表者・職・氏名

越生町介護保険事業者における事故発生時の報告に関する要領第5条第2号の規定に基づき、次のとおり報告いたします。

介 護 保 険 事 故 処 理 完 了 報 告 書

法人名			
事業所(施設)名			
事業所番号			
所在地	電話番号		FAX番号
記載者・職・氏名			
事故発生日			
事故発生場所			
氏名・年齢・性別	年齢：	性別：	要介護度
被保険者番号			
住所			
保険者名			
利用者の状況	(利用者の状況及び家族への報告・説明の内容)		
てん末及び結果			
事故の原因分析及び再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)		

注意：① 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、報告書に添付してください。

② 事故の原因分析及び再発防止に向けての今後の取り組みについて、事故対応マニュアル等の再発防止対策の関係書類を添付すること。