【報告日】　　　　年　　月　　日

広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課　宛

電話082-504-2648　FAX 082-504-2136

**短期集中型サービス　事故発生連絡票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス名 | □ 予防支援訪問サービス　 　□ 運動型デイサービス | |
| 事業所 | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話・FAX | (電話)　　　-　　　　-　　　　(FAX)　　　-　　　　- |
| 担当者名 |  |
| 利用者 | 氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日（年齢） | 年　　月　　日　（　　　歳） |
| 事故の概要 | 発生日時 | 年　　月　　日（　　）　　時　　　分 |
| 事故内容・状況(※) |  |
| 原因 |  |
| 関係機関への連絡 | 緊急連絡先への連絡 | 年　　月　　日（　　）　　時　　　分  （　　　　　　　　　　続柄[　　　　]）に連絡 |
| 地域包括支援センターへの連絡 | 年　　月　　日（　　）　　時　　　分  （　　　　　　　　　　　　　　　　）に連絡 |
| 病院、警察等への連絡 | 年　　月　　日（　　）　　時　　　分  （　　　　　　　　　　　　　　　　）に連絡 |
| 対応 | 家族等からの苦情など | □有（対応中）　□有（解決済）　□無 |
| 賠償の有無 | □有　　□検討中　　□無 |
| 再発防止のための対策 |  |
| 備考 | |  |

(※)枠内に収まらない場合は、別紙を添付しても可。

速やかにFAXで提出すること。提出先：広島市健康福祉局地域包括ケア推進課（504-2136）