事故発生連絡票

報告日：令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　第　　　報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 法人名 |  | | |
| サービス種別 |  | 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  | | |
| 事業所所在地 |  | | |
| 電話・ＦＡＸ | 電話　　　-　　　-　　　　　　FAX　　　-　　　- | | |
| 担当者名 |  | | |
| 当該利用者 | （フリガナ）  氏名 |  | | |
| 生年月日(年齢) | 年　　月　　日　（　　　　歳） | | |
| 被保険者番号 |  | 要介護度 |  |
| 住所・電話 | 電話　　　-　　　- | | |
| 事故の概要 | 発生日時 | 令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　　分 | | |
| 内容・状況・原因 | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 対応等 | 家族等への連絡 | 令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　　分  （　　　　　　　　　　　続柄[　　　　　　]）に連絡 | | |
| 病院への連絡 | 令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　　分  ・搬送先（　　　　　　　　　　）・同乗者（　　　　　　） | | |
| 警察への連絡 | 令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　　分 | | |
| 再発防止のため  にとった対策 | □具体策　　　　　　　□検討中  　※「検討中」の場合は、第２報以降で適宜結果を報告すること。 | | |
| 家族等からの  苦情など | □有（解決済）　□有（対応中）　□なし  ※「有（対応中）」の場合は、第２報以降で適宜結果を報告すること。 | | |
| 賠償の状況 | □有　　　　□検討中　　　　□なし | | |
| 添付資料 | ・現場見取図　・支援経過等記録　・その他 [　　　　　　　　　　　　　] | | | |
| その他  特記事項 |  | | | |
| 注）事故発生後、すみやかにFAXで提出すること。（ 遅くとも１週間以内 ）  提出先：**広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課　FAX:082-504-2136**　TEL:082-504-2183 | | | | |

R2.2改