

日本介護福祉士会方式「事故報告書」様式

報告日： 年 月 日

理事長・施設長・管理者 様

所属部署名 _____

報告者氏名 _____ 印

利用者 (対象者)	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日
	住所		連絡先	()
	被保険者番号		要介護度等	
サービス 区分				
事故概要	発生年月日時	年 月 日 () 時 分頃		
	発生場所			
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所等の事故（火災等） <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 利用者同士 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	事故の内容	(発生時、発見時の状況、経緯の客観的事実・略図等を記載)		

事故発生時の対応	初期対応等の方法 (救命処置 安全確保等)				
	救急搬送		連絡時刻 : 到着時刻 : 出発時刻 :		
	救急搬送先の 医療機関名等		医療機関名		
			所在地		
	治療等の内容		(診断結果・治療・処置)		
事故後の対応	利用者の状態 (受診・処置等の 後の状態を記入)		(状態、病状、入院等の有無など)		
	家族等への 報告・説明・謝罪 担当者名		家族等の氏名		続柄
			住 所		報告日時
			対応状況		
			家族等の理解		
	損害賠償に 関する状況		損害賠償保険 (傷害・損保) 対応・連絡		
再発防止に向けて の今後の対応		(リスク、ケアプラン見直し等)			
その他の特記事項		(事故原因の究明、保険者への報告、介護支援専門員への連絡等)			
検印欄	施設長	事務長	リスクM	主任者等	