

提出方法	持 参	郵 送	電 子 申 請	留 意 事 項
	市役所本庁舎3階 介護保険課 事業者指導担当へ 御持参ください。	〒720-8501 福山市東桜町3番5号 福山市役所 介護保険課 事業者指導担当行き	この様式によらず、 市HP電子申請システムへ 入力してください。 手続き名 「介護保険事業者事故報告」	FAX及び電子メールでは 提出できません。

介護保険事業者事故(□発生・□最終)報告書

年 月 日

福 山 市 長 様
(介護保険課)

所 在 地

事 業 者 名

事 業 所 名

次により報告します。

1 事業者	報告者名(役職)	()		サービス種別			
	連絡先	電話番号		FAX番号			
2 利用者	ふりがな				生年月日	年 月 日	年齢
	名前						
	住所						
	保険者名(福山市以外の場合)	(当該保険者に対しても報告を行うこと。)					
	被保険者番号		要介護度	要介護()・要支援()			
3 事故の概要	発生日時	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分		
	発見日時 (発生日時不明の場合に記入すること。)	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分		
	事故の種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 死亡 死亡に至った場合はその死亡年月日 年 月 日					
	事故発生場所 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 食堂・リビング <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 脱衣室・浴室 <input type="checkbox"/> 居室・静養室 <input type="checkbox"/> 階段・廊下 <input type="checkbox"/> 屋外(敷地内) <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()					
	原因及び内容						
	4 事故発生時の対応	対処内容 (家族や警察への連絡、 病院への搬送等)					
	受診医療機関名						
	診断結果及び治療内容						

5 事故発生後の状況	事故発生報告書提出日	年 月 日 ()
	利用者の状況	
	家族への説明状況	
	治療期間等 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 入院(日) <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他()
6 事故の再発防止策	損害賠償等の状況 (該当する方に☑)	<input type="checkbox"/> 有→(対応内容を具体的に記入すること。)() <input type="checkbox"/> 無
	事故再発防止策の取組 (具体的に記入すること。)	

※事故発生報告書(□発生)は、事故発生後、利用者の保護や家族への連絡などの初期対応の後、速やかに1~4欄を記入して提出してください。
 ※事故最終報告書(□最終)は、事故処理が終了した後、5・6欄を記入して内容を利用者又は家族に説明し確認してもらった上で提出してください。
 ※感染症、食中毒発生の際の報告書は、別様式となります。