

府中町長 (高齢介護課)

第 報

事業所(施設)名

1 事業所の概要	事業所(施設)名	同上	事業所番号															
	所在地												電話番号 ()	—				
													FAX番号 ()	—				
	記載者の職・氏名	職名:											氏名:					
	介護サービス種類																	
サービス提供開始日	年 月 日																	
2 対象者	被保険者番号・氏名・年齢・性別												生年月日: 年 月 日					
		氏名:											年齢: 歳 性別: 男 女					
	要介護(支援)度	□要介護【 】 □要支援【 】											認知症高齢者日常生活自立度【 】					
	住所																	
3 事故の概要	発生日時	年 月 日 ()											午前・午後 時 分 頃					
	事故状況の程度	□受診 □入院 □死亡(年 月 日 時 分頃) □その他()																
	発生場所	□居室 □廊下 □トイレ □食堂・リビング □浴室 □屋外 □その他()																
	事故の種別	□転倒 □転落 □誤嚥・窒息 □異食 □誤薬・与薬もれ等 □行方不明																
		□医療処置関連(チューブ抜去等) □その他()																
事故の内容(経緯)																		
4 発生時の対応	対処の方法																	
	受診方法	□施設内の医師が対応 □受診・往診 □救急搬送 □その他()																
	治療した医療機関	医療機関等の名称																
		受診年月日											年 月 日 () 時 分 頃					
	診断名																	
治療の概要																		
5 事故後の対応	利用者の状況																	
	家族への連絡及び説明状況	連絡日: 月 日 時 分頃											家族氏名: 続柄 ()					
	損害賠償の状況	有 () 無 / 警察への連絡 (有・無)																
	連絡した関係機関	□他の自治体() □警察() □その他() □該当なし																
	事故の原因分析																	
	再発防止に向けての今後の取組・改善策(具体的に記載)	協議日時: 月 日 : ~ :											協議者数: 人					