（茨城県鉾田市）

**事故等報告書（サービス提供による事故）**

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　代表者氏名

　　印

当事業所（施設）において、次のような事故が発生したので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス種別  （法人名） | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　（　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 報告者氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者 | 氏名 |  | | | | | 住所  電話番号 | | |  | | | | |
| 性別 |  | | 年齢 | | 歳 | | 要介護度 | | |  | 被保険者番号 | |  |
| 事故の概要 | 発生日時 | | 年　月　日　　時　　分 | | | | | | 発生場所 | | |  | | |
| 【概要（原因・経緯等）】 | | | | | | | | | | | | | |
| 事故時の対応 | 治療した医療機関名 | | | |  | | | | 医療機関所在地 | | | |  | |
| 【治療の概要】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 【家族等への連絡状況】 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 事故後の対応 | 【利用者や家族の現在の状況】 |
| 【事業所としての再発防止への取り組み】 |
| 【損害賠償等の状況】 |
| 事故等の対応 |  |