

様式(第4条関係)

事 故 報 告 書

(提出先)足立区介護保険課長

報告年月日 平成 年 月 日

報告者 事業所名

事業所所在地

事業者(法人)名及び代表者名

責任者名

印

連絡先

1利用者 (事故当事者)	フリガナ				保険者名				
	氏名				被保険者番号				
	性別		年齢	歳	要介護度				
2事故の 概要	発生日時	平成	年	月	日	時	分	発生場所	
	概要 (経緯)								
	原因								
3事故時 の対応	対応の概要								
	治療した医療機関名				医療機関 所在地				
	家族への連絡状況								

4事故後の対応	利用者の現況
	再発防止に向けての今後の対応
	損害賠償等の状況

注1) 記載しきれない場合は、適宜別紙を添付すること。

- 2) 複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則とするが、利用者欄以外の記載内容が同じ場合には、当事者一覧を添付することにより、一括して報告できるものとする。