

事故報告書

年 月 日

（宛先）箕面市長

法人名		報告者	職	
代表者名			氏名	
所在地		事業所 (施設)	名称	
電話番号			所在地	

サービスの種別	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 児童福祉サービス <input type="checkbox"/> その他の保健福祉サービス				サービスの名称	
サービスの利用者本人	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	電話番号		介護保険者	<input type="checkbox"/> 箕面市 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	認知症高齢者日常生活自立度	--選択--	要介護度	--選択--	障害支援区分	--選択--
	各種手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級 2級 3級 4級 5級 6級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（A B1 B2） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級 2級 3級）				
	心身の状態 (歩行状態、認知症の程度、その他の心身状況など)					
その他の必要事項						
事故の概要	発生日時	年 月 日（曜日） 時 分ごろ				
	発生場所					
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 利用者の自殺及び死因等に疑義の生ずる可能性がある死亡 <input type="checkbox"/> 利用者の縫合を要する外傷及び骨折並びにこれらと同程度以上のけが <input type="checkbox"/> 利用者の行方不明 <input type="checkbox"/> 利用者の誤嚥・異食 <input type="checkbox"/> 利用者の窒息 <input type="checkbox"/> 利用者の誤薬・与薬漏れ等 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者の職員による利用者の処遇に影響を及ぼす法令違反行為 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者の職員が利用者に対し与えた損害賠償を要する器物の損壊等 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者の職員による利用者の尊厳を侵すような言動 <input type="checkbox"/> その他、サービスを所管する国の機関が報告の対象と定めるもの又はサービス提供事業者が報告の必要があると判断したもの				

(裏)

事故の概要	事故の発生経過	【事故発生時（発見時）の状況や経緯・事故の発生原因など】			
	身体拘束の有無	有	【身体拘束有りの場合は、その内容と理由】		
	無				
事故時の対応	対処の方法				
	治療した医療機関	受診日時	年 月 日（ 曜日） 時 分ごろ		
		医療機関名			
		所在地	<input type="checkbox"/> 箕面市内 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
		治療の内容			
事故後の対応	サービス利用者本人の状態 （又は破損箇所の状態）	【状態・病状・入院等の有無など】			
	サービス利用者本人又は家族への報告・説明	報告日時	年 月 日（ 曜日） 時 分ごろ		
		報告の相手	名宛人の氏名	利用者との続柄	
		関係機関・関係者への連絡等			
	事業者の費用負担の有無	有	【受診・治療費用の負担、慰謝料その他の費用負担等】		
	無				
事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)		(できるだけ具体的に記載すること)			
再発防止策 (手順変更、環境変更、その他対応、再発防止策の評価時期及び結果等)		(できるだけ具体的に記載すること)			
その他 特記すべき事項					