

事故発生報告書【死亡・重症・虐待（含む疑い）】（第1報）

該当項目を○で囲むこと

年 月 日

様

【発生（発見）時から24時間以内に報告】

法人名 _____

施設名 _____

施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類			記載者職・氏名		
	所在地			電話番号		
対象者	氏名	男・女				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)				
	要介護度	要支援 () ・ 要介護 ()		保険者名		
事故の概要	発生日時	年 月 日 ()		午前・午後	時 分	
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日時： 年 月 日 時 分） <input type="checkbox"/> 虐待（疑いを含む） <input type="checkbox"/> 入院（入院日： 年 月 日 退院見込： 頃） <input type="checkbox"/> 入院外				
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故の原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 介護中の負荷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故の程度	<input type="checkbox"/> 骨折（部位： ()） <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼（部位： ()） <input type="checkbox"/> 外傷 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故の発生状況	<input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故等の概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日 時	対応状況			
対応概要	報告状況 (該当する項目のみ記入してください)	報告先	報告日時		報告先	報告日時
		医師	(/) :		市町村	(/) :
		管理者	(/) :		警察	(/) :
		担当ケアマネ	(/) :		その他 ()	(/) :
	家族等	(/) :				
緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有（連絡日時 年 月 日 時 分） （搬送日時 年 月 日 時 分） （搬送先： ()） （診断結果： ()） <input type="checkbox"/> 無					
家族への説明	説明状況、内容					
	家族の意見、指摘等					

事故発生報告書【死亡・重症・虐待（含む疑い）】（第2報）

_____様

該当項目を○で囲むこと

年 月 日

法人名 _____
 施設名 _____
 施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類		記載者職・氏名	
	所在地		電話番号	
対象者	氏名	男・女		
	発生日時	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
	第1報報告日	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
事故防止委員会	開催日時	年 月 日 ()		
	参加人数・職種	人	職種	
事故対応	利用者の状況			
	家族への対応			
	損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定		
再発防止策	事故の原因			
	利用者個人への対応			
	事業所全体での対応策			

- * 発生後、1週間以内に第2報を報告すること。
- * 事故防止委員会の議事録を添付すること。

事 故 等 発 生 報 告 書

年 月 日

様

法人名 _____
 施設名 _____
 施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類			記載者職・氏名	
	所在地			電話番号	
対象者	氏名	男・女			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
	要介護度	要支援 () ・ 要介護 ()	保険者名		
事故概要	発生日時	年 月 日 ()		午前・午後	時 分
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 入院 (入院日: 年 月 日 退院見込: 頃) <input type="checkbox"/> 入院外			
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	事故の原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 介護中の負荷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	事故の程度	<input type="checkbox"/> 骨折 (部位:) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 (部位:) <input type="checkbox"/> 外傷 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	事故の発生状況	<input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	事故等の概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日 時	対応状況		
対応概要	報告状況 (該当する項目のみ記入してください)	報告先	報告日時	報告先	報告日時
		医師	(/) :	市町村	(/) :
		管理者	(/) :	警察	(/) :
		担当ケアマネ	(/) :	その他 ()	(/) :
	家族等	(/) :			
緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有 (連絡日時 年 月 日 時 分) (搬送日時 年 月 日 時 分) (搬送先:) (診断結果:) <input type="checkbox"/> 無				
家族への説明	説明状況、内容				
	家族の意見、指摘等				
再発防止策					
今後の対応予定					
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有 (予定を含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定				

火災発生報告書（総括表）

年 月 日

様

法人名 _____

施設名 _____

施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類			記載者職・氏名		
	所在地			電話番号		
事業概要	発生日時	年 月 日 ()		午前・午後	時 分	
	出火場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	出火原因					
	死傷者の状況	・死者		人		
		・負傷者	入院	人		
			入院外	人		
		その他	人			
	概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日時	対応状況			
再発防止策						
今後の対応予定						
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む）		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未定		

入所者等の行方不明に係る報告書【発生・発見】

該当項目を○で囲むこと

年 月 日

様

法人名 _____
 施設名 _____
 施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類			記載者職・氏名	
	所在地			電話番号	
対象者	氏名	男・女			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
	要介護度	要支援 () ・ 要介護 ()	保険者名		
事案概要	発生日時	年 月 日 ()		午前・午後	時 分
	対象者の状況	□発見 (日時: _____ 場所: _____)		□捜索中	
	発見後の状況	□死亡 □入院 (入院日: 年 月 日 退院見込: _____ 頃)		□入院外 □治療の必要性なし	
	負傷の程度	□骨折 (部位: _____) □打撲・捻挫・脱臼 (部位: _____)		□外傷 () □その他 ()	
	死亡・負傷の原因				
	概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日時	対応状況		
対応概要	報告状況 (該当する項目のみ記入してください)	報告先	報告日時	報告先	報告日時
		医師	(/) :	市町村	(/) :
		管理者	(/) :	警察	(/) :
		担当ケアマネ	(/) :	消防	(/) :
	家族等	(/) :	その他 ()	(/) :	
緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有 (連絡日時 年 月 日 時 分) (搬送日時 年 月 日 時 分) (搬送先: _____) (診断結果: _____) <input type="checkbox"/> 無				
家族への説明	説明状況、内容				
	家族の意見、指摘等				
再発防止策					
今後の対応予定					
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有 (予定を含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定				