別記様式

事　故　報　告　書

年　　月　　日

（あて先）長崎市長

（報告者）所在地

事業所名

代表者　職・氏名 　　　　　　　　　　　印 報告者　職・氏名

連絡先　　（電話）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者 | 氏　　　　　名 |  | 年　　齢 | 才 |
| 要　介　護　度 |  | 性　　別 | 男　・女 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者名 |  |
| 心身の状況 | ・認知症高齢者の日常生活自立度（　　　　　　　　　　）・移動　□　自立　□　一部介助　□　全介助　（　　　　　　　　　　　　　　　　）・移乗　□　自立　□　一部介助　□　全介助　（　　　　　　　　　　　　　　　　）・食事　□　自立　□　一部介助　□　全介助　（　　　　　　　　　　　　　　　　）・排泄　□　自立　□　一部介助　□　全介助　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事　故　の　概　要 | 発生又は発見日時 | 　　年　　月　　日　（　　）　午前・午後　　時　　分頃　　発生・発見 |
| 発生又は発見場所 | * 食堂　　　　　　　　　　□　リビング　　　　　　□　トイレ
* 居室　　　　　　　　　　□　廊下・階段　　　　　□　機能訓練室
* 浴室・脱衣室・洗面所　　□　屋外　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　）
 |
| 被害の状況 | * 骨折　　　　　　　　　　□　打撲　　　　　　　　□　切傷・擦過傷
* 熱傷　　　　　　　　　　□　窒息　　　　　　　　□　異状なし
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
|  | 死亡に至った場合は死亡年月日：　　　　　　　年　　月　　日 |
| 事故の種類 | * 転倒・転落　　　　　　　□　誤嚥　　　　　　　　□　誤薬
* 行方不明・無断外出　　　□　交通事故　　　　　　□　利用者同士のトラブル
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 事故発見時の状況及び経緯 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　故　発　生　時　の　対　応 | 事業者の対応状況 |  |
| 利用医療機関名 |  |
| 診　断　名 |  | 入院の有無 | 有　・　無 |
| 治療の概要 |  |
| 家族への連絡状況 | 連絡日時：　月　　日　　　午前・午後　　時　　分頃連絡者名：　　　　　　　連絡相手：　　　　　　　　　（続柄） |
| 事　故　発　生　後　の　対　応 | 事故の原因分析 |  |
| 再発防止への取り組み |  |
| 損害賠償等の状況 | * あり　　　□　　なし
 |
| その他 |  |

* 「再発防止への取り組み」について、検討中の場合はその旨を記載し、事故が発生したことを確認し

た日から2週間以内に提出すること。その後、検討した結果について、改めて報告すること。

* 利用者について、事業所の所在地の市町村と利用者の保険者が異なる場合は、事故報告書を双方へ提

出すること。

* 一度市に報告をした後に、事故による負傷が原因で死亡に至った場合は、再度、事故報告書を提出す

ること。