

(宛先)さぬき市長

法人名 \_\_\_\_\_  
事業所(施設)名 \_\_\_\_\_  
責任者名 \_\_\_\_\_ 印

1 事業所	サービス種類	記載者職・氏名				
	所在地	電話番号	事業所番号			
2 対象者	氏名・年齢・性別	氏名:		年齢:	性別:	
	日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	要介護度	
	被保険者番号	サービス提供開始日		年	月	日
	住所			保 險 者 名		
3 事故の概要	発生日時	年 月 日 ( )		時 分 頃		
	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"/> その他( )
		<input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室	<input type="checkbox"/> 駐車場	<input type="checkbox"/> 道路上	<input type="checkbox"/> 玄関	
	事故の原因 <small>(複数の場合は最も症状の重いもの)</small>	<input type="checkbox"/> 転倒	<input type="checkbox"/> 転落	<input type="checkbox"/> 感染	<input type="checkbox"/> 介護中の負荷	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事
		<input type="checkbox"/> 誤嚥	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 殴打	<input type="checkbox"/> 無断外出	<input type="checkbox"/> その他( )
	事故の種別 <small>(複数の場合は最も症状の重いもの)</small>	<input type="checkbox"/> 骨折( )	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> 外傷( )	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事	
		<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 死亡(死亡年月日: 年 月 日)	
	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( )	
	事故前の利用者の状況	状況				
	事故の内容	対応内容  ケアプランでの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
4 事故発生時の対応	対処の仕方					
	緊急搬送の有無・時間	<input type="checkbox"/> 有(連絡時間 時 分)( 搬送時間 時 分)		<input type="checkbox"/> 無		
	治療した医療機関名、住所等					
	診断・治療の概要	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院				
	連絡済の関係機関					
家族への説明	説明の状況、内容					
	家族の意見、指摘等					

1 介護サービス提供中に事故が発生した場合に、様式第1号については、事故後発生後3日以内に保険者に提出してください。

2 記載しきれない場合は、記載欄の幅の変更や任意の別紙に記載し、資料があれば添付してください。