

さぬき市

あて

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
	被保険者番号	サービス提供開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	住所	保険者名 _____	
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	<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	<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:平成 _____ 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 対応内容 <div style="text-align: right;">ケアプランでの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</div>	
	事故の内容		
	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		
4 事故発生時の対応	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	