

第2報

年 月 日
(発生後2週間以内に報告)

(宛先)さぬき市長

法人名 _____
 事業所(施設)名 _____
 サービス種別 _____
 責任者名 _____ 印
 連絡先 _____ 所在市町名 _____ 市町 _____
 記載者職・氏名 _____

1 対象者	対象者氏名・年齢	氏名: _____	年齢: _____	
	事故発生日・報告日	発生日: 年 月 日	第1報報告日: 年 月 日	
2 事故発生後の対応	利用者の状況 (病状・経過、 その他状況)			
	家族の 意見、指摘等			
	損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 有→(対応内容を具体的に) (_____) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未交渉		
3 再発防止策	検討日時	年 月 日		
	検討会参加人数・職種	人	職種	
	原因分析	利用者の行動 (本人要因)		
		職員の対応 (職員要因)		
		設備等 (環境要因)		
	利用者個人への対応	対応済みの内容		
		今後対応予定の内容 (実施予定年月日)		
		ケアプランの変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
事業所全体での対応	対応済みの内容			
	今後対応予定の内容 (実施予定年月日)			

1 様式第2号については、詳細な経過及び再発防止への対応改善策等を記載して事故発生後2週間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。