

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	<div><input type="checkbox"/> 有→(対応内容を具体的に) ()</div> <div><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未交渉</div>				
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	<div><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()</div>			
	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 介護サービス提供中に事故が発生した場合に、様式1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 様式2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。

3 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。