

さぬき市

あて

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)(無	<input type="checkbox"/> 未交渉
3 原因分析	検討日時	年 月 日	
	検討会参加人数・職種	人	職種
	利用者の行動 (本人要因)		
3 再発防止策	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	
事業所全体での対応	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		
事業所全体での対応	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。