様式１－１

　　　　事 故 発 生 報 告 書【死亡・重症・虐待（含む疑い）】（第１報）

該当項目を○で囲むこと

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

様

【発生（発見）時から２４時間以内に報告】

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種類 |  | | | | 記載者職・氏名 | | |  | |
| 所在地 |  | | | | 電話番号 | | |  | |
| 対象者 | 氏　名 | 男・女 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援（　　　）・　要介護（　　　） | | | | | 保険者名 | | |  |
| 事故の概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | | | | | | |
| 対象者の状況 | □死亡（死亡日時：　　年　　月　　日　　　時　　分　　）　　□虐待（疑いを含む）  □入院（入院日：　　年　　月　　日　退院見込：　　　　頃）　□入院外 | | | | | | | | |
| 発生場所 | □居室　　　□廊下　　　□食堂等ホール　　□トイレ　　□浴室・脱衣室　　□玄関　　□駐車場　　□道路上　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事故の原因 | □転倒　　□転落　　□介護中の負荷　　□誤嚥　　□異食　　□誤薬　　□交通事故　□殴打　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事故の程度 | □骨折（部位：　　　　　　　　　）　□打撲・捻挫・脱臼（部位：　　　　　　　　　）  □外傷（　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事故の発生状況 | □介護中　□利用者単独時　□職員の目視可能　□その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事故等の概要  （経緯や対応状況について時系列で記入して下  さい） | 日　時 | 対応状況 | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 対応概要 | 報告状況  （該当する項目のみ記入して  ください） | 報告先 | 報告日時 | | 報告先 | | | 報告日時 | | |
| 医師 | （ / ） : | | 市町村 | | | （ / ） : | | |
| 管理者 | （ / ） : | | 警察 | | | （ / ） : | | |
| 担当ケアマネ | （ / ） : | | その他（　　　） | | | （ / ） : | | |
| 家族等 | （ / ） : | |
| 緊急搬送の有無 | □有（連絡日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送先：　　　　　　　　　　　　）　（診断結果：　　　　　　　　　　　　）  □無 | | | | | | | | |
| 家族への説明 | 説明状況、内容 | |  | | | | | | |
| 家族の意見、指摘等 | |  | | | | | | |

様式１－２

事 故 発 生 報 告 書【死亡・重症・虐待（含む疑い）】（第２報）

該当項目を○で囲むこと

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種類 |  | | 記載者職・氏名 |  |
| 所在地 |  | | 電話番号 |  |
| 対象者 | 氏　名 | 男・女 | | | |
| 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | |
| 第１報報告日 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | |
| 事故防止委員会 | 開催日時 | 年　　　月　　　日（　） | | | |
| 参加人数・職種 | 人 | 職種 | | |
| 事故対応 | 利用者の状況 |  | | | |
| 家族への対応 |  | | | |
| 損害賠償 | □有（予定を含む）　　　□無　　　□未定 | | | |
| 再発防止策 | 事故の原因 |  | | | |
| 利用者個人  への対応 |  | | | |
| 事業所全体  での対応策 |  | | | |

＊発生後、１週間以内に第２報を報告すること。

＊事故防止委員会の議事録を添付すること。

様式１－３

事　故　等　発　生　報　告　書

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種類 |  | | | | | 記載者職・氏名 | | |  |
| 所在地 |  | | | | | 電話番号 | | |  |
| 対象者 | 氏　名 | 男・女 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援（　　　）・　要介護（　　　） | | | | 保険者名 | | |  | |
| 事故概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | | | | | | |
| 対象者の状況 | □入院（入院日：　　年　　月　　日　　退院見込：　　　　頃）　□入院外 | | | | | | | | |
| 発生場所 | □居室　　　□廊下　　　□食堂等ホール　　□トイレ　　□浴室・脱衣室　　□玄関　　□駐車場　　□道路上　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事故の原因 | □転倒　　□転落　　□介護中の負荷　　□誤嚥　　□異食　　□誤薬　　□交通事故  □殴打　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事故の程度 | □骨折（部位：　　　　　　　　　）　□打撲・捻挫・脱臼（部位：　　　　　　　　　）□外傷（　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事故の発生状況 | □介護中　□利用者単独時　□職員の目視可能　□その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 事故等の概要  （経緯や対応状況について時系列で記入して下  さい） | 日　時 | 対応状況 | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 対応概要 | 報告状況  （該当する項目のみ記入して  ください） | 報告先 | 報告日時 | | 報告先 | | | 報告日時 | | |
| 医師 | （ / ） : | | 市町村 | | | （ / ） : | | |
| 管理者 | （ / ） : | | 警察 | | | （ / ） : | | |
| 担当ケアマネ | （ / ） : | | その他（　　　） | | | （ / ） : | | |
| 家族等 | （ / ） : | |
| 緊急搬送の有無 | □有（連絡日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送先：　　　　　　　　　　　　）　（診断結果：　　　　　　　　　　　　）  □無 | | | | | | | | |
| 家族への説明 | 説明状況、内容 | |  | | | | | | |
| 家族の意見、指摘等 | |  | | | | | | |
| 再発防止策 |  | | | | | | | | |
| 今後の対応予定 |  | | | | | | | | |
| 損害賠償 | □有（予定を含む）　　　□無　　　□未定 | | | | | | | | |

様式２－１

火災発生報告書（総括表）

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種類 |  | | 記載者職・氏名 |  |
| 所在地 |  | | 電話番号 |  |
| 事案概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | |
| 出火場所 | □居室　　　　□調理室　　　　□食堂等ホール　　　□浴室  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 出火原因 |  | | | |
| 死傷者の状況 | ・死　者　　　　　　　　　　　　　人  ・負傷者　　入　院　　　　　　　　人  　　　　　　入院外　　　　　　　　人  　　　　　　その他　　　　　　　　人 | | | |
| 概　要  （経緯や対応状況について時系列で記入して下  さい） | 日　時 | 対応状況 | | |
|  |  | | |
| 再発防止策 |  | | | |
| 今後の対応予定 |  | | | |
| 損害賠償 | □有（予定を含む）　　　□無　　　□未定 | | | |

様式２－２

火災報告書（個票）

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種類 |  | | | 記載者職・氏名 | |  |
| 所在地 |  | | | 電話番号 | |  |
| 対象者 | 氏　名 | 男・女 | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | |
| 要介護度 | 要支援（　　　）・　要介護（　　　） | | 保険者名 | |  | |
| 対象者の状況 | □死亡　　　　　　　　□入院（入院日：　　年　　月　　日　　退院見込：　　　　頃）  □入院外 | | | | | |
| 負傷の程度 |  | | | | | |
| 緊急搬送の有無 | □有（連絡日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送先：　　　　　　　　　　　　）　（診断結果：　　　　　　　　　　　　）  □無 | | | | | |
| 市町村への報告 | 報告日時 | （ / ） : | | | | |
| 家族への説明 | 報告日時 | （ / ） : | | | | |
| 説明状況、内容 |  | | | | |
| 家族の意見、指摘等 |  | | | | |
| 今後の対応予定 |  | | | | | |
| 損害賠償 | □有（予定を含む）　　　□無　　　□未定 | | | | | |

様式３

入所者等の行方不明に係る報告書【発生・発見】

該当項目を○で囲むこと

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種類 |  | | | | | 記載者職・氏名 | | |  |
| 所在地 |  | | | | | 電話番号 | | |  |
| 対象者 | 氏　名 | 男・女 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援（　　　）・　要介護（　　　） | | | | 保険者名 | | |  | |
| 事案概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | | | | | | |
| 対象者の状況 | □発見（日時：　　　　　　　　　場所：　　　　　　　　）　　　□捜索中 | | | | | | | | |
| 発見後の状況 | □死亡　　　　□入院（入院日：　　年　　月　　日　　退院見込：　　　　頃）  □入院外　　　□治療の必要性なし | | | | | | | | |
| 負傷の程度 | □骨折（部位：　　　　　　　　　）　□打撲・捻挫・脱臼（部位：　　　　　　　　　）□外傷（　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 死亡・負傷  の　原　因 |  | | | | | | | | |
| 概　要  （経緯や対応状況について時系列で記入して下  さい） | 日　時 | 対応状況 | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 対応概要 | 報告状況  （該当する項目のみ記入して  ください） | 報告先 | 報告日時 | | 報告先 | | | 報告日時 | | |
| 医師 | （ / ） : | | 市町村 | | | （ / ） : | | |
| 管理者 | （ / ） : | | 警察 | | | （ / ） : | | |
| 担当ケアマネ | （ / ） : | | 消防 | | | （ / ） : | | |
| 家族等 | （ / ） : | | その他（　　　） | | | （ / ） : | | |
| 緊急搬送の有無 | □有（連絡日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送先：　　　　　　　　　　　　）　（診断結果：　　　　　　　　　　　　）  □無 | | | | | | | | |
| 家族への説明 | 説明状況、内容 | |  | | | | | | |
| 家族の意見、指摘等 | |  | | | | | | |
| 再発防止策 |  | | | | | | | | |
| 今後の対応予定 |  | | | | | | | | |
| 損害賠償 | □有（予定を含む）　　　□無　　　□未定 | | | | | | | | |