

GENKIすもっとトライ教室 事故報告書 (事業者→洲本市)

令和 年 月 日

1 事業所の概要	法人名																			
	事業所(施設)名																			
	事業所番号																			
	所在地													電話番号						
														FAX番号						
	記載者職氏名																			
プログラム種類 (事故が発生したプログラム)	<input type="checkbox"/> 訪問評価プログラム <input type="checkbox"/> 通所プログラム <input type="checkbox"/> 生活機能トレーニング <input type="checkbox"/>																			
2 対象者	氏名・年齢・性別													年齢:			性別:			要支援: 1・2
	被保険者番号														プログラム提供日	年	月	日		
	住所																			
3 事故の概要	発生日時																			
	発生場所																			
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん					<input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒					<input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
		死亡に至った場合はその死亡年月日: 令和 年 月 日																		
事故の内容																				
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)																		
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)																		
	治療の概要																			
	連絡済の関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 配食業者 <input type="checkbox"/> その他 ( )																		
5 事故発生後の対応	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況)																		
	家族への報告、説明の内容	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)																		
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は最終している。 <input type="checkbox"/> 継続している。(内容 )																		
	損害賠償等の状況																			
再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)																			

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。