事　故　報　告　（速報）

|  |
| --- |
| **１　事業所の情報** |
| 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| 施設(事業所)名 |  |
| サービス種別 |  □特養　　□老健　　□短期入所　　□通所介護（通所リハ） □その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| 代表者職氏名 |  | 電話番号 |  |
| **２　対象利用者の情報** |
| 氏名（年齢） |  | 性別 |  | 要介護度 |  |
| **３　事故の状況及び対応等** |
| 発生日時 | 　　　　　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　　　時　　分 |
| 発生場所 | （例：居室、食堂、廊下など） |
| 事故の種別 | （例：骨折、誤嚥、感染症、職員の不祥事など） |
| 報告時の対象利用者の状況 |  □バイタルサイン等の変化の観察強化 □医療機関への受診を要するが生命に別条なし □意識不明 □死亡に至る可能性あり □死亡 |
| 医療機関の受診 |  □受診中（済み） □受診予定 |
| 家族等とのトラブルの状況(可能性を含む) |  □なし　　□あり（ありの場合の問題点） |
| 参考事項 |  |

**※この様式は事故発生を迅速に把握するためのものですので、事故発生後、直ちに報告してください。**