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。**