

(別紙 1)

介護保険事故報告書

(あて先) 鴻巣市長

下記のとおり、事故が発生しましたので報告します。  
 なお、対象者及び家族から情報開示の請求があった場合は開示することに同意します。

記

事業者名(法人名)		社会福祉法人〇〇会												
事故発生事業所	所在地:	鴻巣市中央 1 - 1												
	施設名:	特別養護老人ホーム × ×												
	代表者:	鴻巣 太郎					電話:	048 ( 541 ) 1321						
記載者職・氏名		役職: 生活相談員					氏名: 鴻巣 次郎							
サービス種類 (事故が発生したサービス) 予防を含む	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	通所介護	<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	複合型サービス						
	<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input type="checkbox"/>	通所リハビリ	<input checked="" type="checkbox"/>	介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設						
	<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設						
	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設						
	<input type="checkbox"/>	訪問看護	<input type="checkbox"/>	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	その他						
	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護 ( )								
対象者	氏名	埼玉 花子			年齢	88 歳		性別	男・女		要介護度	要介護 4		
	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	サービス提供開始年月日	平成 24 年 10 月 1 日	
	住所	鴻巣市中央 2 - 1 (住所地在事故発生施設と同様の場合は省略可)												
	保険者	(保険者が鴻巣市ではない場合に記載)												
事故発生日時	平成 26 年 3 月 25 日 午前・午後 6 時 30 分頃													
事故発生場所	本人居室内ベッド脇													
第一発見者	介護職員 鴻巣 恵子													
発見日時	平成 26 年 3 月 25 日 午前・午後 6 時 45 分頃													
事故の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 怪我 <input type="checkbox"/> 異食/誤飲/誤薬 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 感染症/食中毒 <input type="checkbox"/> 職員の不祥事、法令違反 <input type="checkbox"/> その他 ( )													
	具体的な事故の名称	右大腿部骨折(全治3か月)												
事故の経過 (報告日時点)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・施設療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 行方不明者発見 <input type="checkbox"/> 職員処分 <input type="checkbox"/> その他 ( )													
	受診/入院した場合は医療機関名	鴻巣総合病院												
	受診/入院した場合はその日時	平成 26 年 3 月 25 日 午前・午後 10 時 30 分頃												
死亡に至った場合は死亡日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分													
事故の概要	具体的な経過を記入。 記載欄が不足している場合は別紙又は裏面に記載。 その他資料があれば必要に応じて添付する。													
家族への連絡	連絡日時	平成 26 年 3 月 25 日 午前・午後 9 時 15 分頃												
	家族等氏名:	埼玉 一郎 (本人から見た続柄: 長男) 連絡手段: 電話 家族の対応: 受診時にご同行いただく。「ご迷惑をおかけしますがよろしくお願ひします」とのお言葉を頂いた。												
備考	行政側に特別伝えた方が良くと思われる事柄等について記載。 (家族との間にトラブルが発生している、その他特殊な事情がある等)													