

事 故 報 告 書

墨田区福祉保健部介護保険課長 あて

報告年月日 年 月 日

報告者	事業所名	事業所所在地
	事業者(法人)名及び代表者名	
	責任者名	印 連絡先

報告の種別(で囲む)	第一報	途中経過	最終報告	
1 (事故 当事者 利用者)	フリガナ		保 険 者 名	
	氏 名		被保険者番号	
	住 所	(電話番号)		
	性 別	年 齢	歳	要支援度等
2 事故の 概要	発生日時	年 月 日	時 分	
	発生場所			
	概要 (原因、経緯、被害の状況等)			
	報告が遅延した理由 (遅延した場合のみ記入)			
3 事故時の 対応	対応の概要			
	(治療した医療機関名)	(医療機関所在地)		
	治療の概要			

4 事故後の対応	家族への連絡状況	
	利用者の状況	
	再発防止に向けての今後の対応	
	損害賠償等の状況	

注1) 記載しきれない場合は、別紙を添付してください。

注2) 複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則としますが、利用者欄以外の記載内容が同じ場合には、当事者一覧(第2号様式)を添付することにより、一括して報告できるものとします。