（様式第２号）　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

介護保険事故等経過（終結）報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所の概要 | 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| サービスの種類 |  |
| 報告書作成者（職・氏名） |  |
| 事故の概況 | 利用者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 |
| 発生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 経過 | 　□　継続　　　□　終結（終結年月日：　　　年　　月　　日） |
| 事故後の対応(対象となる項目を記載してください) | 【利用者の経過及び現況】　　　※利用者の状態や病状、その後の経過などを具体的に記載 |
| 〔入院：　無　・　有　〕〔死亡に至った場合はその死亡年月日：　　　　　年　　　　月　　　日〕 |
| 【家族への対応】　　　　　　　※報告時のご家族の様子なども具体的に記載　 |
|  |
| 【損害賠償等の状況】 |
|  |
| 【再発防止への対応】 |
|  |

 注)記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張して記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日　　時 | 経　　　　過 | 対応者等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |