

事故報告書

年 月 日提出

報告者	氏名		職種			
対象利用者	氏名		年齢		性別	
	住所					
	介護度	要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5				
	認知症高齢者日常生活自立度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
発生日時	年 月 日 時 分					
報告日時	年 月 日 時 分					
発生場所	<input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> その他 ()					
事故発生時の対応	事故内容	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 誤嚥/誤飲 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 自虐行為 <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 紛失/盗難 <input type="checkbox"/> 車両事故 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故内容の詳細					
	発生時の対応					
	受診医療機関名				連絡先	
	診断名					
	検査処置の概要					

事故発生後の 状況	利用者の 状況			
	家族への連絡	有・無	連絡年月日	年 月 日
	家族への連絡内容	家族の名前(続柄):		
	損害賠償等の有無	有・無		
	賠償の内容			
連絡した関係機関	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 () <input type="checkbox"/> 自治体 () <input type="checkbox"/> 警察 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
事故原因の分析				
再発防止策				
特記事項				