

(報告様式)

山口市長 様

第 報

事故報告書

令和 年 月 日

施設名	(代表者氏名:)				
住所	(TEL: - -)				
対応者			報告書作成者		
事故の 対象者	氏名	(歳)	生年月日	M・T・S . . 生	性別
	介護保険被保険者番号				
	要 介 護 度		認知症の日常生活自立度		
	対象者 住所	(TEL: - -)			
	家族 連絡先	氏名: (続柄:) ←身元引受人を記載してください。 住所: (TEL: - -)			
事 故 の 概 要	① 事故内容	傷病名:			
	② 転 帰	ア入院 イ受診処置 ウ死亡 エその他 ()			
	③ 事故発生現場に おける職員の状況	事故発生現場における職員の所在の有無 ア有 イ無 (有の場合 ア直接介護中 イ直接介護中以外) ※直接介護中とは、事故の対象者に介護中であることを言う。			
	④ 発生日時場所	令和 年 月 () 時 分頃	場所		
	⑤ 事故発生状況				
	⑥ 対応状況				
家族への 対応状況					損害賠償予定 有・無
事故発生の 原因(推定 含む)					
再発防止に 関する 対応策等					
関係機関 への連絡	消防関係	令和 年 月 日 () 時 分	注) 事故発生に係る第一報 を行った連絡日時、該当な い場合は「該当なし」と記 載すること		
	警察関係	令和 年 月 日 () 時 分			
	県長寿社会課	令和 年 月 日 () 時 分			
	市町担当課	令和 年 月 日 () 時 分			