第１号様式（第4条関係）

事　故　報　告　書

年　　月　　日

（あて先）長崎市長

（報告者）事業所名

代表者　職・氏名

所在地

連絡先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　故　の　概　要 | 発生又は発見日時 | 年　　月　　日　（　　）　　　時　　分頃　　発生・発見 | | | |
| 発生又は発見場所 | * 食堂　　　　　　　　　　□　リビング　　　　　　□　トイレ * 居室　　　　　　　　　　□　廊下・階段　　　　　□　機能訓練室 * 浴室・脱衣室・洗面所　　□　屋外　　　　　　　 □　その他（　　　　　） | | | |
| 事故の種類 | * 転倒・転落　　　□　負傷　　　□　服薬漏れ　　□　誤薬　　　□　誤嚥 * 異食　　　　　　□　感染症・食中毒　　　　□　設備の不具合 * 行方不明　　　　□　その他（　　　　　　　　　） | | | |
| 被害の状況 | * 骨折　　　　　　　　　　□　外傷　　　　　　　　□　熱傷   □　窒息　　　　　　　　　　□　異状なし   * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | 死亡に至った場合は死亡年月日：　　　　　　　年　　月　　日 | | |
| 事故発見時の  状況及び経緯 |  | | | |
| 利　用　者 | 氏　　　　　名 |  | | 年　　齢 | 才 |
| 要　介　護　度  ※1 |  | | 性　　別 | 男　・　女 |
| 被保険者番号  ※1 |  | | 保険者  ※1 |  |
| 障　害　種　別  ※2 | 種別：身体・知的・精神  その他（　　　　　　） | | 支援区分  ※2 | 1　2　3　4　5　6 |

※1　介護・老人福祉サービスの場合は記入すること。

※2　障害福祉サービスの場合は記入すること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　故　発　生　時　の　対　応 | 事業者の対応状況 |  | | |
| 利用医療機関名 |  | | |
| 診　断　名 |  | 入院の有無 | 有　・　無 |
| 治療の概要 |  | | |
| 家族への連絡状況 | 連絡日時：　月　　日　　　午前・午後　　時　　分頃  連絡者名：　　　　　　　連絡相手：　　　　　　　　　（続柄） | | |
| 事　故　発　生　後　の　対　応 | 事故の原因分析 |  | | |
| 再発防止への  取組み |  | | |
| 損害賠償等の状況 | * あり　　　□　　なし | | |
| その他 |  | | |

* 「再発防止への取組み」について、検討中の場合はその旨を記載し、事故が発生したことを確認した日から2週間以内に提出すること。その後、検討した結果について、改めて報告すること。
* 利用者について、事業所の所在地の市町村と利用者の保険者が異なる場合は、事故報告書を双方へ提出すること。
* 一度本市に報告をした後に、事故による負傷が原因で死亡に至った場合は、再度、事故報告書を提出すること。