

事故等報告書

_____ 殿

報告年月日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告者
事業者の名称及び所在地 _____ Tel _____

事業所の名称及び所在地 _____ Tel _____

責任者名 _____ 連絡先 _____

利用者	氏名		住所 電話番号		Tel	
	性別	年齢	歳	要介護度	被保険者番号	
事故の概要	発生日時		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	時 _____ 分	発生場所 _____	
	【概要(原因・経緯等)】					
事故時の対応	治療した医療機関名 _____			医療機関所在地 _____		
	【治療の概要】					
事故後の対応	【利用者や家族の現在の状況】					
	【事業所としての再発防止への取り組み】					
	【損害賠償等の状況】					
その他連絡事項						