

## 事 故 報 告 書

西東京市高齢者支援課長 あて

報告年月日 令和 年 月 日

報告者 事業所名

サービス種別:

事業所所在地

事業者(法人)名及び代表者名

印

責任者名

印

連絡先

報告の種別(○で囲む)

第1報

中間報

最終報

1利用者 (事故当事者)	フリガナ				保険者名	
	氏名				被保険者番号	
	性別		年齢	歳	要介護(支援)度	
2事故の 概要	発生日時	年	月	日	時	分
	発生場所					
	概要 (原因、経緯、被害の状況等)					
	報告が遅延した理由 (遅延した場合のみ記入)					
3事故時の 対応	対応の概要					
	治療した医療機関名				医療機関所在地	
	家族への連絡状況					

4事故後の対応	利用者の状況
	再発防止に向けての今後の対応
	損害賠償等の状況

注1) 記載しきれない場合は、適宜別紙を添付すること。

注2) 複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則とするが、利用者欄以外の記載内容が同じ場合には、当事者一覧(様式第2号)を添付することにより、一括して報告できるものとする。