

事 故 報 告 書

一般社団法人グリーンゲイブルズ

報告日	令和 年 月 日 ()	報告者		
事業所名	ケアサポートAnne	サービス種別		
所在地		管理者名		
1. 事故発生日時	令和 年 月 日 ()	午前・午後	時	分 頃
2. 発見時間	令和 年 月 日 ()	午前・午後	時	分 頃
3. 利用者名		性別	年齢	歳
4. 利用者住所				
5. 事故発生場所	場所		6. 事故内容(該当に✓)	
略図	事故発見者		<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 誤嚥 () <input type="checkbox"/> 異食	
7. 事故発生時までの経緯(職員体制・利用者の状況)				
8. 事故発生時の状況・・・利用者の状況・職員の対応状況(応急処置等)				
9. 救急車の出動要請・協力医療機関医師への連絡・提携病院への搬送時刻				
令和 年 月 日 ()		午前・午後	時	分 頃
10. 受診した医療機関名				
11. 診断・治療の概要				
12. 家族への連絡時刻	令和 年 月 日 ()	午前・午後	時	分 頃
13. 事業所側連絡者		14. 家族側連絡受者	続柄	
15. 事故後の処理				
16. 事故の原因(推測される事項)				
17. 再発防止のための対策				
18. 職員への周知方法				
		管理者	安全管理責任者	