（様式第２号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

介護保険事故経過（終結）報告書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の概要 | 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| サービスの種類 |  | | |
| 報告書作成者（職・氏名） |  | | |
| 事故の概況 | 利用者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 発生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 経過 | □　継続　　　□　終結（終結年月日：　　　　年　　月　　日） | | |
| 事故後の対応(対象となる項目を記載してください) | 【事故の原因】 | | | |
|  | | | |
| 【損害賠償等の状況】 | | | |
|  | | | |
| 【再発防止への対応】 | | | |
|  | | | |

注)記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張して記載してください。