

介護老人保健施設総合補償制度 事故報告書

(オプション「Ⅵ.廃棄物排出者賠償補償制度」に関する事故は、別途専用の事故報告書を送付いたしますのでご連絡ください)

■報告者について

施設名	加入No.	◆事故が発生した場合/応急処置をとった後、早急に 本紙を(株)全老健共済会へFAX送信してください。 〒105-0011 東京都港区芝公園2-6-15黒龍芝公園ビル6階 TEL.03-5425-6900 FAX.03-5425-6901
施設住所 <input type="text"/>	都 道 府 県	
担当者名	電話 FAX	補償期間 年 月 日から 2019年10月20日まで

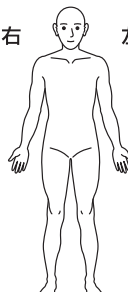
■事故について

発生日 ※西暦	年 月 日	発生時刻(24時表記)	時 分
事故場所 <input type="text"/>	番号を記入 ①居室 ②廊下・階段 ③共用トイレ ④居室内トイレ ⑤浴室・脱衣所 ⑥デイルーム ⑦食堂・ホール ⑧談話室 ⑨機能訓練室 ⑩屋上・ベランダ ⑪玄関・駐車場 ⑫施設敷地内 ⑬施設外 ⑭利用者宅 ⑮送迎車内 ⑯その他		
事故種別 <input type="text"/>	①転倒 ②転落 ③誤薬 ④誤飲・誤嚥 ⑤異食 ⑥溺水 ⑦熱傷⑧食中毒 ⑨感染症 ⑩圧迫・叩打 ⑪物品損壊 ⑫物品紛失 ⑬その他		
事故状況 <input type="text"/>	①介助中 ②レクリエーション中 ③リハビリ中 ④付き添い・見守り中 ⑤外出中 ⑥送迎中 ⑦単独行動 ⑧その他		
事故原因 <input type="text"/>	①介助ミス ②見守り不足 ③指導・指示不足 ④施設・設備の不備 ⑤その他		
事故発生の原因状況(具体的に) ※書ききれない場合は、別紙または資料等を添付してFAX送信してください。指定の書式はありません。			

■負傷者について

氏名 (フリガナ)	性別 ①男 ②女	年齢
住所 <input type="text"/>	都 道 府 県	
利用形態 <input type="text"/>	①入所 ②短期入所 ③通所 ④訪問リハ利用 ⑤職員 ⑥ボランティア ⑦その他	要介護度 <input type="text"/>
障害高齢者の 日常生活自立度 <input type="text"/>	①A-1 ②A-2 ③B-1 ④B-2 ④C-1 ⑤C-2 ⑥J-1 ⑦J-2 ⑧非該当	認知症高齢者の 日常生活自立度 <input type="text"/>
①I ②IIa ③IIb ④IIIa ⑤IIIb ⑥IV ⑦M ⑧非該当		
既往症・持病		

■負傷状況について

傷病名(部位も記入)	部位症状 ○を付けてください	
傷病種別 <input type="text"/>	①骨折 ②脱臼 ③捻挫 ④切傷・擦傷 ⑤打撲 ⑥窒息(誤飲) ⑦熱傷・火傷 ⑧意識障害 ⑨感染症 ⑩その他	
治療経過 <input type="text"/>	①入院中 ②通院中 ③入院後通院中 ④療養中 ⑤治療終了済み ⑥その他	
受診医療機関	初診日 ※西暦 年 月 日	
被害物について	右  左	
品名		メーカー・品番
購入先		購入 年 月 購入価格
損害見込み	修理業者	

■連絡事項について

被害者の賠償請求 <input type="text"/>	①ある ②今後にありそう ③ない ④不明	[Ⅰ.賠償事故補償制度]と[Ⅱ.利用者見舞金制度]に セット加入の施設のみ下記にご回答ください [Ⅱ.利用者見舞金制度]の優先活用 <input type="text"/> ①希望する ②希望しない ③未定 [弁護士相談]の活用 <input type="text"/> ①希望する ②希望しない ③未定
施設の賠償責任 <input type="text"/>	①全面的にあると思う ②何割かはあると思う ③ないと思う	
責任有無の理由		

共済会 記入欄	受付No.	受付日	受信報告	SC取次	DB入力
------------	-------	-----	------	------	------

本事故報告書および保険金請求に関する個人情報を、本契約の履行、保険引受・支払の判断、付帯サービスの提供を行うために、団体契約者、業務委託先(保険代理店を含む)、医療機関、保険金請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること、その他業務上必要とする範囲で取得・利用・提供または登録することに同意して送付します。