

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 | 正会員番号 | ◆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 | 補償期間 |
| | | 電話 FAX | 年 月 日から 2020年10月20日まで |

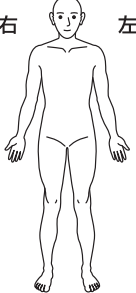
■事故について

| | | | |
|--|---|-------------|-----|
| 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"/> | 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。 | | | |
| ※サービス利用にあたり利用者のリスクについての説明の有無…… <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |

■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"/> |
| | | ①要支援Ⅰ ②同Ⅱ ③要介護Ⅰ ④同Ⅱ ⑤同Ⅲ ⑥同Ⅳ ⑦同Ⅴ ⑧非該当 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 <input type="text"/> | ①A-1 ②A-2 ③B-1 ④B-2 ⑤C-1 ⑥C-2 ⑦J-1 ⑧J-2 ⑨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 ⑦Ⅴ 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"/> | 右  左 |
| 治療経過 <input type="text"/> | |
| 受診医療機関 | 初診日 ※西暦 年 月 日 死亡日 年 月 日 |
| 被害物について | |
| 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="checkbox"/> | 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="checkbox"/> ①希望する ②希望しない ③未定 [弁護士相談]の活用 <input type="checkbox"/> ①希望する ②希望しない ③未定 |
| 施設の賠償責任 <input type="checkbox"/> | 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。