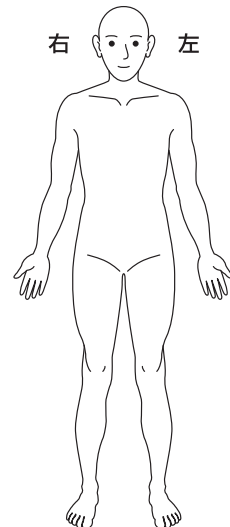


介護老人保健施設総合補償制度 事故報告書

VI廃棄物排出者賠償補償制度事故の場合、別途専用の事故報告書を送付いたします。

加入No.	(加入証ご参照)		◆事故が発生した場合 応急処置をとった後、できるだけ早く本紙を(株)全老健共済会へFAX送信ください。 (お問い合わせ先・FAX送信先) 株式会社全老健共済会 〒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		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・支払いの判断、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。	
	施設所在地		都 道 府 県		補償期間	
施設名			平成	年	月	日から 平成 30年10月20日まで
連絡先	担当者		TEL		FAX	
事故日	年	月	日	午前	午後	時頃
受傷者	都 道 府 県		電話番号			
	財物損壊の場合は財物の所有者	フリガナ	年齢	才	性別	男 女
利用者の場合 右の欄を記入してください	<input type="checkbox"/> 入所者 <input type="checkbox"/> 通所者 <input type="checkbox"/> 短期入所者 <input type="checkbox"/> 訪問リハ利用者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> その他()					
	障害高齢者の日常生活自立度…… <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> 該当なし 認知症高齢者の日常生活自立度… <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 該当なし					
	要介護度 (該当に○) [要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V その他()]					
事故発生の原因状況	事故種別 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他					部位症状 ※受傷部位に○を付けてください。 
	具体的に () ●受傷者或いは所有者からの賠償請求の有無(記入日時点)……… <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ●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 ●I.賠償事故補償制度、II.利用者傷害見舞金制度にセット加入している施設のみご記入ください。 弁護士相談を……… <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない					
解決に向けて特に心配されている事柄						
受傷内容	傷病名					
	傷病程度	<input type="checkbox"/> 入院 [月 日 ~ (退院見込) 月 日] <input type="checkbox"/> 通院 [月 日 ~ (治療見込) 月 日] <input type="checkbox"/> 休業 [月 日 ~ (就労見込) 月 日] <input type="checkbox"/> 後遺障害 [] <input type="checkbox"/> 死亡 [月 日 時頃]				
(財物損壊の程度)	被害物		損害見込			
	修理業者		TEL ()			
病院名	TEL		後見人・保護者			

(注) 什器備品損害補償制度の事故の場合、損害の程度がわかるよう、写真撮影をお願いします。

その他の連絡事項						
事務処理欄	受付日	受信報告	SC取次	DB入力		