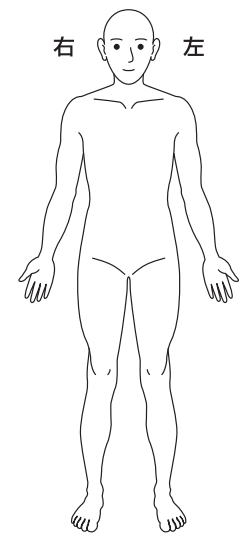


居宅介護事業者補償制度 事故報告書

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。 <small>(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</small>		<small>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。</small>			
	事業所の所在地	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		都 道 府 県				
事業所名	補償期間	年 月 日から		2020年10月 1日まで				
連絡先	担当者	TEL	FAX					
事故日	20	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時頃	事故場所	
受傷者	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		都 道 府 県		電話番号			
	<small>財物損壊の場合は財物の所有者</small> フリガナ 氏 名	年齢	才	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <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()			
利用者の場合 右の欄を記入してください	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	<input type="text"/>						
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								
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	○入院[月 日 ~ (退院見込) 月 日]						
		○通院[月 日 ~ (治療見込) 月 日]						
		○休業[月 日 ~ (就労見込) 月 日]						
		○後遺障害[]	○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					
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				