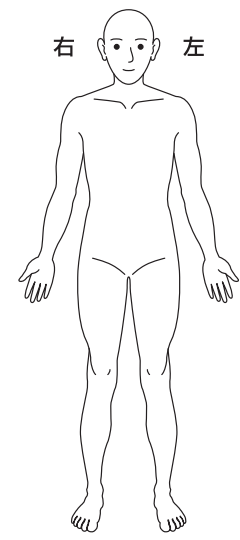


居宅介護事業者補償制度 事故報告書

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---------------|--|---|
| 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"/> | | 都 道 府 県 | | |
| 事業所名 | 補償期間 | 年 月 日から | | 2019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"/> | | 電話番号 | | | |
| | 都 道 府 県 | フリガナ氏名 | | 年齢 | 才 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 財物損壊の場合は財物の所有者 | | | <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 <small>※受傷部位に○を付けてください。</small> |
| | 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 | <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 | | | |
| 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 | | |