

事故報告書（事業者→みよし広域連合）

黄色箇所を記入してください。  
それ以外の項目は必要があれば記入してください。

については可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
チェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報       第\_\_報       最終報告

提出日： 年 月 日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2事業所の概要	法人名							事業所番号				
	事業所(施設)名							担当者				
	サービス種別							連絡先				
	所在地											
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦		年		陽性者が複数名いる場合 様式2に記載(黄色箇所)						
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	身体状況	要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立								
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時	分頃(24時間表記)	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) ←施設でのクラスター等 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他( 家庭内感染、感染経路不明 )										
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他( 感染症 ) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細	※陽性反応を知った経緯、症状、病院の受診状況等 ○○ ○○(利用者) 【症状】●月●日 発熱、喉の痛み 【陽性診断日】●月●日 陽性者が複数名いる場合 様式2に記載(黄色箇所)										
5事故発生時の対応	発生時の対応	※保健所への連絡、事業所の休業等状況等 【報告】 ●月●日 みよし広域連合介護保険センターへ連絡 ●月●日 三好保健所 【事業所情報】 ●月●日～●日まで事業所を休業 ●月●日～●日まで入退所停止										
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他( )										
	受診先	医療機関名							連絡先(電話番号)			
	診断名	新型コロナウイルス感染症										
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位： ) <input type="checkbox"/> その他( )										
検査、処置等の概要												



## 感 染 者 一 覧

番号	氏 名	性別	年齢	保険者名	被保険者 番 号	要介護 (支援)度	備 考
1	〇〇 〇〇	男	89	みよし広域連合	××××××	要介護3	判断日7/1 症状有
2	〇〇 〇〇	女	90	みよし広域連合	××××××	要介護4	判断日7/2 症状無
3	〇〇 〇〇 (職員)	女	30	三好市			判断日7/2 症状有
4	〇〇 〇〇 (職員)	男	40	東みよし町			判断日7/1 症状無
5	職員の 場合、氏名 の後に (職員)と 入力			職員の 場合、 住所地を 記載			備考に 陽性の判 断日及び 症状の有 無を入力
6							
7							
8							
9							
10							

※本様式は、複数の当事者が存在する場合に使用すること。