

| | | | |
|----------|--------------------------|-------|--|
| 事故発生時の対応 | 対処方法 | | |
| | 治療した医療機関の名称 | 医療機関名 | |
| | | 所在地 | |
| | | 担当医 | |
| 治療内容 | | | |
| 事故後の対応 | 利用者の状態(状態、病状、入院等の有無など) | | |
| | 家族への報告 | | |
| | 損害賠償等に関する経過(損害賠償利用の有無など) | | |
| 今後の対策 | | | |
| 特記事項 | | | |

注) 記載しきれない場合は、該当欄にその旨を明記の上、任意の用紙に記載し、添付してください。
また、事故発生場所がわかる図面、事故当日の職員の勤務割表、事故対象者の介護記録、サービス計画等を添付してください。