

事 故 報 告 書

港 区 長 あて

No. _____ 報告年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告者	事業所所在地		事業所番号	
	事業所名称		サービス種類	
	担当責任者名			連絡先電話番号
	法人名及び代表者名			
利用者	フリガナ			保 険 者 名
	氏 名			被 保 険 者 番 号
	生年月日・性別	M・T・S	年 月 日	男・女
	住所又は居所			
	同居家族等の状況			
事故の概要	発生日時	年 月 日	時 分	発 生 場 所
	事故件名			
	原 因			
事故時の対応	治療した医療機関の名称及び所在地			
	治療の概要			
	家族への連絡状況			
事故後の対応	利用者の現況			
	損害賠償等の状況			
	再発防止に向けての今後の対応			

※記載スペースが足りない場合は別紙に記載し添付する。