

綾瀬市役所高齢介護課介護保険担当 行

FAX番号:0467-70-5702

事故報告第一報

報告日: 年 月 日 ()		
報告事業所: (TEL:)	担当者:	
該当者氏名:	性別: 男 ・ 女	年齢: 才
被保険者番号:	保険者:	
事故発生日時: 月 日 () AM ・ PM :		
発生場所: 介助中 居室内 リビング・食堂 廊下・トイレ 施設外		
状況:		
受診病院名:	受診科:	
病院受診日時: 月 日 () AM ・ PM :		
受診方法(救急搬送等):	入院の有無: 有 ・ 無	
家族への対応(連絡済み等):		

* 事故が発生し、当日もしくは2～3日以内に報告書を上げることができない場合、第一報をお願いします。

* FAXでの報告の場合、個人情報保護のため、氏名・被保険者番号の一部黒塗りをお願いします。