

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。