

## 事故報告第一報

報告日: ○○年△月□日(月)	
報告事業所: 綾瀬○○デイサービスプラザ (TEL: 0467-77-1111)	担当者: 綾瀬 太郎
該当者氏名: 綾●●子	性別: 男・女 年齢: 85才
被保険者番号: 0●00●111	保険者: 綾瀬市
事故発生日時: 4月1日(金) AM・PM 2:30	
発生場所: 介助中 居室内 <u>リビング・食堂</u> 廊下・トイレ 施設外	
状況: 食堂でテーブルに着く際、介助者がほかの介護者に気を取られたため バランスを崩し、介助者も支えきれず転倒した。	
受診病院名: ○○病院	受診科: 脳神経外科、外科
病院受診日時: 4月1日(金) AM・PM 3:30	
受診方法(救急搬送等): 救急搬送	入院の有無: 有・無
家族への対応(連絡済み等): 連絡済(トラブル等なし)	

- \* 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。