

※コピーしてお使いください。

(FAX 送信先):株式会社全福サービス(03-3258-8878)

介護事業者賠償責任補償事故報告書 (人身・物損・纯粹経済損害)

報告日 年 月 日

分かる範囲でできるだけ具体的にご記入下さい。

		コード番号	B					
法人 事業所名							担当者	
所在地							TEL	
被害者氏名							年齢	男・女
住所							TEL	
事故日時	年 月 日 (午前・午後 時 分頃)							
事故場所								
事故のあったサービス (該当に○をしてください)	○ 下記サービス以外						(社内使用・証券番号)	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ { 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 住宅型有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅 						(同 上)	
人身事故の場合こちらにご記入ください。(該当項目に○をしてください)								
事故発生場所	①居室 ②廊下 ③食堂 ④浴室 ⑤トイレ ⑥送迎中 ⑦その他 ()							
事故形態	①転倒 ②転落 ③誤嚥 ④その他 ()							
ケガの内容	①骨折 ②打撲 ③すり傷 ④やけど ⑤窒息 ⑥死亡 ⑦その他 ()							
事故時の状況	①介助中 ②単独で行動中 ③付添・リハビリ中 ④その他 ()							
事故状況詳細								
物損事故・ケアプラン作成ミス等の場合こちらにご記入ください。(該当項目に○をしてください)								
事故発生場所	①利用者宅 ②事業所内 ③その他 ()							
事故形態	①破損 ②紛失 ③盗難 ④ケアプラン作成ミス ⑤その他 ()							
事故時の状況	①介助中 ②食事中 ③清掃中 ④洗濯中 ⑤その他 ()							
事故状況詳細								
損害物について				受傷者について				
購入日: 年 月 日				既往症・認知症の有無				
購入金額:				医者や家族から特に注意されていた点				
購入先:								
修理可能か: 可・否 (修理見積り 円)				入・通院見込み:				
交渉状況 (乙からの要求の有無 内容)				備考				

(個人情報の利用目的) 本状記載の個人情報については、保険金支払手続きのために利用させていただきます。