

※コピーしてお使いください。

出先(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)			
	○ { ・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 ③廊下 ④食堂 ⑤浴室 ⑥トイレ ⑦送迎中 ⑧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 ④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。