

以下に事故内容を記入のうえ、速やかに上記にFAXしてください。

介護事業者賠償責任補償 事故報告書(人身・物損・経済的事故)

色付きの欄に入力してください。
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

法人 事業所名										
所在地										
ご担当者	氏名					TEL				
フリガナ	被害者氏名・フリガナは必須									
被害者氏名						年齢		☐ 男 ☐ 女		
事故日時					☐ 午前 ☐ 午後			時		分頃
事故場所										
事故のあった提供中のサービス	例：通所介護									
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	☐ 居室 ☐ 廊下 ☐ 浴室 ☐ 食堂 ☐ トイレ ☐ 送迎中 ☐ その他（ ）									
事故形態	☐ 転倒 ☐ 転落 ☐ 誤嚥 ☐ その他（ ）									
ケガの内容	☐ 骨折 ☐ 打撲 ☐ やけど ☐ 擦り傷 ☐ 窒息 ☐ 死亡 ☐ その他（ ）									
事故時の状況	☐ 介助中 ☐ 単独で行動中 ☐ 付添・リハビリ中 ☐ その他（ ）									
事故状況詳細										
物損・経済的事故(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	☐ 利用者宅 ☐ 事業所内 ☐ その他（ ）									
事故形態	☐ 破損 ☐ 紛失 ☐ ケアプラン作成ミス ☐ 盗難 ☐ その他（ ）									
事故時の状況	☐ 介助中 ☐ 食事中 ☐ 洗濯中 ☐ 清掃中 ☐ その他（ ）									
事故状況詳細										
損害物について					受傷者について					
損害物について					既往症					
購入日					認知症の有無	☐ 有 ☐ 無				
購入金額	円				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 円)				☐ 通院 ☐ 入院	見込	～			
交渉状況 被害者からの 要求の有無等										
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。