

事故(災害)報告書

平成 年 月 日

千葉県健康福祉部高齢者福祉課長 様

施設名

施設長

印

(担当者氏名 )

事故(災害)発生日時 平成 年 月 日( 曜日) 時 分

事故・災害の概要

診断結果

入院の有無 有・無

介護認定 有・無 (介護度 )

ふりがな

(年齢)

(性別)

(入所年月日)

デイス利用

ショート利用

当事者名

歳

男・女

昭・平 年 月 日

事故(災害)の内容

発見場所

発見時の状況

発生原因等

発生からの対応状況

今後の対応・改善点

家族への連絡等

※ 当事者が複数の場合は、必要により別葉に記入してください。