平成　　　年　　　月　　　日

様式２

介護保険事業者等事故経過（終結）報告書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | | 事業所番号 |  |
| 所在地 | |  | | | | |
| 報告者名 | |  | | | TEL |  |
| 事故後の対応について | 利用者氏名 | |  | | 被保険者番号 |  |
| 第一報報告年月日 | | | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 経過 | | | □　継続　　　□　終結（終結年月日：平成　　年　　月　　日） | | |
| 利用者の経過及び現況  （第一報後に判明した原因） | | |  | | |
|  | | | | | |
| 再発防止への対応 | | |  | | |
|  | | | | | |
| 損害賠償等の状況 | | |  | | |
|  | | | | | |