

年 月 日

事業者名称及び代表者氏名
(氏名)

印

当事業所（施設）において、次のような事故が発生したので報告します。

事業所名 (法人名)		サービス種別						
事業所所在地		電 話		()				
		F A X		()				
管理者氏名								
報告者氏名								
感染症名	結核・食中毒・ノロウィルス・インフルエンザ・その他 ()							
発生状況及び経過	発生状況							
	発生経過							
	月日							
	発症利用者数（発症職員数）	()	()	()	()	()	()	()
症状等								
受診医療機関	電話							
連絡状況	家族連絡状況 居宅介護支援事業所（有・無） 市町村（保険者）（有・無） 地域包括支援センター（有・無） 〔第一報の有無〕市町村、地域県民局又は県本庁（所管機関）への第一報（有・無）							
保健所の対応								
損害賠償の状況	あり・なし・検討中・その他 ()							
再発防止に向けた今後の対応・取り決め								

※必要に応じて、各項目や発生経過欄は適宜追加してください。なお、裏面にも記載してください。

発症者氏名

No.	氏名	性別	年齢	入院・通院の別、症状等について	備考（利用者・職員の別、等）
1		男・女	歳		
2		男・女	歳		
3		男・女	歳		
4		男・女	歳		
5		男・女	歳		
6		男・女	歳		
7		男・女	歳		
8		男・女	歳		
9		男・女	歳		
10		男・女	歳		
11		男・女	歳		
12		男・女	歳		
13		男・女	歳		
14		男・女	歳		
15		男・女	歳		
16		男・女	歳		
17		男・女	歳		
18		男・女	歳		
19		男・女	歳		
20		男・女	歳		
21		男・女	歳		
22		男・女	歳		
23		男・女	歳		
24		男・女	歳		
25		男・女	歳		

※記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、コピーしてください。