様式3

入所者等の行方不明に係る報告書【発生・発見】

↑該当項目を○で囲むこと

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）岐阜市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種類 |  | | | | | 記載者職・氏名 | | |  |
| 所在地 |  | | | | | 電話番号 | | |  |
| 対象者 | 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | |
| 要介護度 | 事業対象者・要支援（　　　）  要介護（　　　） | | | | 保険者名 | | |  | |
| 事案概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | | | | | | |
| 対象者の状況 | □発見（日時：　　　　　　　　　場所：　　　　　　　　）　　　□捜索中 | | | | | | | | |
| 発見後の状況 | □死亡　　　　□入院（入院日：　　年　　月　　日　　退院見込：　　　　頃）  □入院外　　　□治療の必要性なし | | | | | | | | |
| 負傷の程度 | □骨折（部位：　　　　　　　　　）　□打撲・捻挫・脱臼（部位：　　　　　　　　　）□外傷（　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 死亡・負傷  の　原　因 |  | | | | | | | | |
| 概　要  （経緯や対応状　況について時　系列で記入して下さい） | 日　時 | 対応状況 | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 対応概要 | 報告状況  （該当する項目のみ記入して  ください） | 報告先 | 報告日時 | | 報告先 | | | 報告日時 | | |
| 医師 | （ / ） : | | 市町村 | | | （ / ） : | | |
| 管理者 | （ / ） : | | 警察 | | | （ / ） : | | |
| 担当ケアマネ | （ / ） : | | 消防 | | | （ / ） : | | |
| 家族等 | （ / ） : | | その他（　　　） | | | （ / ） : | | |
| 緊急搬送の有無 | □有（連絡日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送先：　　　　　　　　　　　　）　（診断結果：　　　　　　　　　　　　）  □無 | | | | | | | | |
| 家族への説明 | 説明状況、内容 | |  | | | | | | |
| 家族の意見、指摘等 | |  | | | | | | |
| 再発防止策 |  | | | | | | | | |
| 今後の対応予定 |  | | | | | | | | |
| 損害賠償 | □有（予定を含む）　　　□無　　　□未定 | | | | | | | | |