

介護事故記録（施設内保存用）

（指定介護老人福祉施設等の人員、設備及び運営に関する基準 第35条3項「事故の状況及び採った処置についての記録」対応の独自様式。市町村への提出は別途、保険者指定の様式を使用してください）

事業所・施設名：

記録番号	第 号
事故発生年月日・時刻	令和 年 月 日（ ） 時 分ごろ
発生場所	
対象者（利用者）	氏名： 生年月日： 年 月 日 要介護度：
事故の種別	☐ 転倒 ☐ 転落 ☐ 誤嚥 ☐ 誤薬 ☐ 徘徊・行方不明 ☐ 異食 ☐ その他（ ）
事故の状況 （省令35条3項）	
事故に際して採った処置 （省令35条3項）	
市町村への報告	☐ 報告済み（報告日：令和 年 月 日／保険者所定の様式で提出） ☐ 未報告（軽微なため35条2項の連絡のみ実施・理由： ）
家族等への連絡	連絡日時：令和 年 月 日 時 分 連絡方法： 連絡者：
再発防止策 （35条1項1号の指針に基づく）	
記録作成者・確認者	作成者： 確認者（施設長等）：

（注）本様式は施設内に保存する記録であり、市町村への提出書類ではありません。市町村への提出には保険者（市町村）が指定する様式、指定が無い場合は厚生労働省の統一標準様式を使用してください。本記録の保存期間はその完結の日から2年間です（省令39号第37条2項）。