FAX　送信票

送信先：甲佐町役場　福祉課　介護保険係 行

ＦＡＸ：０９６－２３４－３９６４

メール：hukushi01@kosa.kumamoto.jp

事 故 報 告 書　(速報)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　 設　 名 |  | | | 報 告 者 | | |  | |
|  |  | | | | | | | |
| 発生日時 | 午前  　　年　　月　　日　　　　　　　　時　　　　　　　分  　　　　　　　　　　　　　　午後 | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  | | 氏名 | |  | | | |
| 場　　所 | 熊本県上益城郡甲佐町大字 | | | | | | | |
| 事故の種別 | □ 骨折　□ やけど　□ 誤嚥　□ 食中毒　□ 感染症・結核  □ その他（　　　　　　） | | | | | | | |
| 事故の概要 | | | | | | | | |
| 医療受診 | * あり→ 入院　□ あり | | | | | 家族連絡 | | * あり * なし |
| □ なし | □ なし | | | |

注意：後日、事故の発生場所の見取り図と事故報告書の提出をしてください。