

福祉用具事故報告書

令和 年 月 日

FAX：0721-20-2113

富田林市高齢介護課 行

法人名
代表者名
事業所名
所在地
連絡先 (TEL) (FAX)
記載者 (対応責任者)

事故発生日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分											
利用者 *被保険者番号のみ記入	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
福祉用具の種類 該当事由に ☒ してください	☐ 貸与 (品名) ☐ 購入品 (品名)											
	メーカー () 型番 ()											
事故の概要												
	利用者の症状 () *受診 ☐ 有 ☐ 無 *入院 ☐ 有 ☐ 無											
原因 該当事由に ☒ してください	☐ 製品の欠陥 (内容) *該当製品の欠陥について前例または情報 ☐ 有 (情報元:) ☐ 無											
	☐ 製品の劣化・破損 (内容) * 使用期間 年 ヶ月											
	☐ その他 (内容)											
事故後の対応 再発防止策	(事故後の対応)											
	(再発防止策) * 損害賠償について ☐ 有、または協議中 ☐ 無											