| | |
|---|---|
| 【協力医療機関】 | 医療機関名 博愛病院<br>所 在 地 沖縄県島尻郡南風原町新川 485-1<br>電話番号 098-889-4830<br>F A X 098-888-4031 |
| 【協力歯科医療機関】 | 医療機関名 沖縄セントラル病院<br>所 在 地 沖縄県那覇市与儀 1-26-6<br>電話番号 098-854-5511<br>F A X 098-854-5519 |

※ 協力医療機関において、優先的に治療等が受けられるものではありません。また、当該医療機関での治療等を義務付けるものではありません。

9 事故発生時の対応方法について

(1) 事故が発生した場合の対応について、(2)に規定する報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針を整備します。

(2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。

(3) 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。

(4) 上記(1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を配置しています。

(5) 施設は、入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(6) 施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

(7) 施設は、入所者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

| | |
|---|---|
| 【南風原町役場】<br>民生部 保健福祉課 | 所 在 地 沖縄県島尻郡南風原町字兼城 686 番地<br>電話番号 098-889-4416<br>F A X 098-889-7657<br>受付時間 9:00～17:00(土日祝は休み) |
| 【ご家族等緊急連絡先】 | 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>続柄（＿＿＿＿＿＿）<br>住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>・ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>携帯番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>勤 務 先 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |