

事故報告書 (事業者→香芝市)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報
 第___報
 最終報告

提出日:西暦 年 月 日

第1報の場合、1から6までは記入必須	1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()											
		死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日					
	2事業所の概要	法人名												
		事業所(施設)名								事業所番号				
		サービス種別												
		所在地												
	3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別:	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
		サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者				
		住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他()											
		身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立										
			認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
	4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)	
		発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他()											
			事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
				発生時状況、事故内容の詳細										
その他 特記すべき事項														
5事故発生時の対応		発生時の対応												
	受診方法	施設内の医師 <input type="checkbox"/> (配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他()												
	受診先	医療機関名						連絡先(電話番号)						
	診断名													
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> その他()												
		検査、処置等の概要												

6 事故発生後の状況	利用者の状況											
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者			<input type="checkbox"/> その他()			
		報告年月日	西暦		年		月		日			
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名()			<input type="checkbox"/> 警察 警察署名()			<input type="checkbox"/> その他 名称()				
本人、家族、関係先等への追加対応予定												
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)											
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)											
9 その他 特記すべき事項												