

事故報告書 (事業者→すさみ町)

※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:
 作成者:

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	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					電話番号	
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	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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
4 事故 の 概要	発生日時	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"/> 食中毒、感染症、法令違反 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	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	(できるだけ具体的に記載すること)					
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(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:右下腿骨頸部骨折)					
	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		年		月		日
	家族等の理解の状況							
	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、環境要因の分析等)		(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)								
9 その他 特記すべき事項								

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、この報告書に添付してください。