

事故報告書 (事業者 →)

※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選択(□又は☑)し、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 報	<input type="checkbox"/> 最終報告	提出日:西暦			
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------	--	--	--

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)			その他例: 感染症, 不祥事等											
	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	<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:)										
		<input type="checkbox"/> その他()																
	検査、処置等の概要																	

介護サービス事業者事故報告書

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 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名() 警察署名() 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)								
	本人要因								
	職員要因								
	環境要因								
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)								
	手順変更								
	環境変更								
	その他の対応								
	(評価時期)								
	(結果)								
9 その他 特記すべき事項	損害賠償の有無								
	その他								