

事故報告書 (事業者→浜松市)

(別紙)

※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： 年 月 日

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	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			担当者		職名				
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		被保険者番号			
	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	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"/> 誤嚥、与薬もれ等				<input type="checkbox"/> (自由記載3)				
		<input type="checkbox"/> 転落				<input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)				<input type="checkbox"/> 不明				
	<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息				<input type="checkbox"/> (自由記載1)				<input type="checkbox"/> その他 ()					
	<input type="checkbox"/> 異食				<input type="checkbox"/> (自由記載2)									
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													

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 checked="" 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	
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定	自治体名 () 警察署名 () 名称 ()							
(独自項目追加欄)									
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									