

事故報告書（事業者→○○市（町村））

※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

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 自立		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	発生日時		年		月		日		時		分頃(24時間表記)	
4 事 故 の 概 要	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:) <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		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								
		(できるだけ具体的に記載すること)							
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。