

事故報告書（事業者→〇〇市（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

Ⅱ 第1報	□ 第___報	Ⅲ 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	☐ 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ 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：	☐ 男性 ☐ 女性	
	サービス提供開始日		年		月		日	保険者				
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ その他()										
	身体状況	要介護度	☐ 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									
		認知症高齢者 日常生活自立度	☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ 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	☐ 居室(個室) ☐ 居室(多床室) ☐ トイレ ☐ 廊下										
		☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外										
		☐ 敷地外 ☐ その他()										
	事故の種別	☐ 転倒 ☐ 異食 ☐ 食中毒、感染症、法令違反 ☐ 転落 ☐ 誤薬、与薬もれ等 ☐ 不明 ☐ 誤嚥・窒息 ☐ 医療処置関連(チューブ抜去等) ☐ 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	☐ 施設内の医師(配置医 含む)が対応 ☐ 受診 (外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ 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	Ⅱ 切傷・擦過傷 Ⅲ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 骨折(部位：) ☐ 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	☐ 配偶者		☐ 子、子の配偶者		☐ 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)	☐ 他自治体 自治体名()		☐ 警察 警察署名()		☐ 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)		(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								

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。