

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症高齢者日常生活自立度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等			<input type="checkbox"/> その他()		その他例: 感染症, 不祥事等				
	<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息		<input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)									
	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			<input type="checkbox"/> (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 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)	(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							