

事故報告書 (事業者→瀬戸内市)

※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

<input type="checkbox"/> 第1報 <input type="checkbox"/> 第____報 <input type="checkbox"/> 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 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	I II a II b III a III b IV M									
	発生日時	西暦	年	月	日	時	分	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					
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬、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					
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											