

事故報告書 (事業所名: _____)

管理者: _____

→宇都宮市

※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: 西暦 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	サービス付き高齢者向け住宅										
	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	自立	
	認知症高齢者 日常生活自立度		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<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	分項(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"/> 隅下				
		<input type="checkbox"/> 食室等共用部		<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()								
5 事故 発生 時の 対応	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒		<input type="checkbox"/> 黄食		<input type="checkbox"/> 不明						
		<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 調薬、与薬もれ等		<input type="checkbox"/> その他()						
		<input type="checkbox"/> 調理・審査		<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										
6 事故 発生 後の 状況	その他 特記すべき事項											
	発生時の対応											
	要診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の監修(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()				
	要診先	医療機関名				連絡先(電話番号)						
診断名	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:)											
診断内容	<input type="checkbox"/> その他()											
検査、処置等の概要												
利用者の状況												
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	報告した家族等の 結婚	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他()						
	家族等への報告	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						
		自治体名()		警察署名()		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)												
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												