

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

☐ 第1報 ☐ 第\_\_報 ☐ 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 <input type="checkbox"/> 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					
	発生日時	西暦		年		月		日		時		分	秒（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"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ抜き等）											
			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	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														
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														