

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											
	所在地及び管理者名								管理者名			
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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <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"/> 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(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 食中毒(O157等) <input type="checkbox"/> 感染症(インフルエンザ等) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反等 <input type="checkbox"/> 個人情報の漏洩										
	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 (応急処置等を記載)												
	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 (病状、入院の有無等)												
	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 ()				
		家族への対応 (報告・説明の概要)											
		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 (損害賠償等の状況等)													
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													