

事故報告書 (事業者→○○市(町村))

※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()		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2	事業所の概要	死亡に至った場合	西暦		年		月		日						
		死亡年月日													
		法人名													
		事業所(施設)名								<input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> 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"/> 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		
		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()														
4	事故の概要	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)												
		発生時状況、事故内容の詳細													
		その他 特記すべき事項													
		発生時の対応													
5	事故発生時の対応	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			
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)									
		(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)											
9 その他 特記すべき事項											