

(様式 15)

医療的ケアに関する事故報告書(ヒヤリハットを含む)

提出日		施設名		
児童氏名		記入者名		
生年月日		場所		
発生日時				
医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (<input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 血糖値測定等 <input type="checkbox"/> その他 ()			
発生時の状況と経過 (ヒヤリハットを含む)				
原因	<input type="checkbox"/> 勘違い	<input type="checkbox"/> マニュアル以外の行為	<input type="checkbox"/> 連絡ミス	<input type="checkbox"/> チームワーク
	<input type="checkbox"/> 確認もれ	<input type="checkbox"/> 忘れ	<input type="checkbox"/> 判断ミス	<input type="checkbox"/> 施設・設備
	<input type="checkbox"/> 観察不十分	<input type="checkbox"/> 知識不足	<input type="checkbox"/> 転記ミス	<input type="checkbox"/> 機器の整備不良
	<input type="checkbox"/> 聞き違い	<input type="checkbox"/> 技術不足	<input type="checkbox"/> 疲労・体調不良	<input type="checkbox"/> 他 ()
	<input type="checkbox"/> 思い込み	<input type="checkbox"/> 情報不足	<input type="checkbox"/> 焦り	<input type="checkbox"/> 他 ()
発生要因	環境 (保育室、配置、整頓等)	職員 (保育士・看護師) (職員配置、心身状態、経験、申し送り、技術等)	その他 (児童の状態、発達等)	
実施した処置とその後の経過	病院受診： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医師の診断書： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
今後の対応 再発防止に向けた取り組み				
保護者への説明	説明： <input type="checkbox"/> 有 (面談・口頭連絡・電話) ※説明内容を記入 <input type="checkbox"/> 無			

* 治療に要する期間が30日以上の場合は、別途事故報告書 (国様式) が必要です。

