

介護保険事業者 事故報告書

※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																	
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		要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		自立
	認知症高齢者 日常生活自立度		I		II a		II b		III a		III b		IV		M			
4 事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分	分頃(24時間表記)					
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多居室) <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"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息		<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()												
	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・挫挫・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																		