

(あて先)

那覇市長 様

提出先：チャージョウ課 施設グループ

電話：098-862-9010

(届出者)

登録事業者の住所又は主たる事務所の所在地  
商号、名称又は氏名

### サービス付き高齢者向け住宅事業 事故報告書

登録を受けたサービス付き高齢者向け住宅事業について、事故が発生したので、那覇市サービス付き高齢者向け住宅事業登録申請に係る事務取扱要綱第15条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

※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  
※報告には利用者の個人情報が含まれるため、その取扱いに十分注意すること。

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第__報	<input type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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 住 宅 の 概 要	法人名							担当者名				
	住宅名							連絡先				
	サービス種別	サービス付き高齢者向け住宅						サ付き住宅登録番号				
	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	
	住所	<input type="checkbox"/> 住宅所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	身体状況	要介護度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症高齢者 日常生活自立度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			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"/> 徘徊			
	<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息		<input type="checkbox"/> 医療処置関連 (チューブ抜去等)						(入居者の行方不明を含む。)			
	<input type="checkbox"/> 接触		<input type="checkbox"/> 感染症						<input type="checkbox"/> 職員の違法行為・不祥事			
	<input type="checkbox"/> 食中毒		<input type="checkbox"/> 交通事故 (サービス提供中の事故)						<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・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											