

# 事故報告書 (事業者→府中市)

※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

<input type="checkbox"/> 第1報 <input type="checkbox"/> 第 報 <input type="checkbox"/> 最終報告	提出日：令和    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	令和		年		月		日				
2 事 業 所 の 概	法人名											
	事業所(施設)名							事業所番号				
	サービス種別					その他記載欄						
	所在地							問合せ先 担当者				
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	令和		年		月		日	保険者		被保険者番号	
	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"/>	<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"/>								
			I	II a	II b	III a	III b	IV	M			
4 事 故 の 概 要	発生日時	令和		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"/> 感染症 (    ) <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"/> 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	令和		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 自治体名 ( )		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ( )			<input type="checkbox"/> その他 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 (損害賠償の有無等)										