

事故報告書 (事業者→下関市)

(別紙)

※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

※「発生場所」について、訪問系サービス等の利用者の自宅での事故については、「その他」を選択し、詳細(自宅の玄関、自宅トイレ等)を記載すること。

第1報
 第__報
 最終報告
 提出日： 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		<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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 事業 対象者								
	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 <input type="checkbox"/> 自立									
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		
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 敷地外			<input type="checkbox"/> その他 ()							
		<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)								
薬の種類及び効能 ※誤薬及び与薬漏れの場 合のみ記載	【誤薬・与薬漏れ】		薬の名前：		効能：							
	【与薬相手の誤り】A(対象者)に誤ってBの薬を飲ませた場合											
Aが飲むべきであった薬の名前：		Aに飲ませた薬の名前：										
Aが飲むべきであった薬の効能：		Aに飲ませた薬の効能：										
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 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 (
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定								
損害賠償(保険適用の有 無に関わらず)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中		損害賠償の内容 ()						
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									

損害賠償の内容については、対象者のみでなく、間違えて飲ませた薬の持ち主に対しての損害賠償(薬の補填代等)についても記載。