

事故報告書 (事業者→東久留米市)

※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	提出年月日：(西暦) 年 月 日
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

1	状	事	故	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	法人名																			
						事業所(施設)名						事業所番号													
						サービス種別						記載者氏名			職名										
						所在地						電話番号													
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 () 市・区						被保険者番号													
				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			
		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									
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"/> 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)																					
		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	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 ()			<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												
		介護支援専門員氏名				事業所名						

注1 記入しきれない場合は別紙を、資料等がある場合は関係資料を添付すること。

注2 複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則とするが、利用者欄以外の記載内容が同じ場合には、当事者一覧(様式第2号)を添付することにより、一括して報告できるものとする。

市 処 理 欄	事故内容	特記事項等