

事故報告書（事業者→門川町）

※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：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		<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		
	4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	年	月	日	時		分項(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 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 發 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				
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定	自治体名 () 警察署名 () 名称 ()								
		(できるだけ具体的に記載すること)								
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)										
9 その他 特記すべき事項										