

※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

☐ 第1報 ☐ 第 _____ 報 ☐ 最終報告 提出日：西曆 年 月 日

提出日：西曆 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											
発生日時	西暦		年				月		日		時		分頃(24時間表記)				
4事故の概要	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 ()					
発生時状況、事故内容の詳細	<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息														<input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)		
	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：)							

		□ 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											