

(第1号様式)

事故報告書（事業者→南部町）

※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)、自施設で応急措置 <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		歳	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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
		要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 自立										
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
		I IIa IIb IIIa IIIb IV 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						医療機関名(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 <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)	(該当するものすべてにチェックすること)							
	(1)本人要因							
	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 機能低下 <input type="checkbox"/> 薬物処方 <input type="checkbox"/> その他()							
	(2)職員要因							
<input type="checkbox"/> アセスメント不足 <input type="checkbox"/> 情報共有不足 <input type="checkbox"/> 観察・見守り不足 <input type="checkbox"/> 安全確認不足 <input type="checkbox"/> 不適切な介助手順 <input type="checkbox"/> 介助者の人数不足 <input type="checkbox"/> その他()								
(3)環境要因								
<input type="checkbox"/> 設備の不備 <input type="checkbox"/> 器具の不備 <input type="checkbox"/> 整理整頓不足 <input type="checkbox"/> 管理の不備 <input type="checkbox"/> 設置場所の問題 <input type="checkbox"/> その他()								
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								

提出者	1 事業所(施設名)	
	2 担当者(職名)	
	3 連絡先	