

事故報告書（事業者→鏡石町）

※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

<div><input type="checkbox"/> 第1報</div> <div><input type="checkbox"/> 第 報</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 最終報告</div>												提出日： 年 月 日							
1事故 状況	事故状況の程度	<div><input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 入院</div> <div><input type="checkbox"/> 死亡</div> <div><input type="checkbox"/> その他（ ）</div>																	
	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	株式会社 ○○○○																	
	事業所（施設）名	○○○○デイサービス										事業所番号	07○○○○○○○○						
	サービス種別	通所介護																	
	所在地	鏡石町△△町△△番地																	
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名	鏡石 花子（かがみいし はなこ）				年齢	89		性別	<input type="checkbox"/> 男性		<input checked="" type="checkbox"/> 女性						
	サービス提供開始日	西暦	2020		年	4	月	31	日	保険者									
	住所	<div><input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> その他（ 鏡石町△△町△△番地 ）</div>																	
	身体状況	要介護度		<div><input type="checkbox"/> 要支援1</div> <div><input type="checkbox"/> 要支援2</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 要介護1</div> <div><input type="checkbox"/> 要介護2</div> <div><input type="checkbox"/> 要介護3</div> <div><input type="checkbox"/> 要介護4</div> <div><input type="checkbox"/> 要介護5</div> <div><input type="checkbox"/> 自立</div>															
	認知症高齢者 日常生活自立度		<div><input type="checkbox"/> I</div> <div><input type="checkbox"/> II a</div> <div><input type="checkbox"/> II b</div> <div><input type="checkbox"/> III a</div> <div><input type="checkbox"/> III b</div> <div><input type="checkbox"/> IV</div> <div><input type="checkbox"/> M</div>																
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2024		年	12	月	31	日	14	時	0	分頃（24時間表記）						
	発生場所	<div><input type="checkbox"/> 居室（個室）</div> <div><input type="checkbox"/> 居室（多床室）</div> <div><input type="checkbox"/> トイレ</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 廊下</div> <div><input type="checkbox"/> 食堂等共用部</div> <div><input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室</div> <div><input type="checkbox"/> 機能訓練室</div> <div><input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外</div> <div><input type="checkbox"/> 敷地外</div> <div><input type="checkbox"/> その他（ ）</div>																	
	事故の種別	<div><input checked="" type="checkbox"/> 転倒</div> <div><input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等</div> <div><input type="checkbox"/> 感染症(コロナ、結核等)、食中毒</div> <div><input type="checkbox"/> 転落</div> <div><input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ抜去等）</div> <div><input type="checkbox"/> 不明</div> <div><input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息</div> <div><input type="checkbox"/> 移乗、介助時の事故</div> <div><input type="checkbox"/> その他（ ）</div> <div><input type="checkbox"/> 異食</div> <div><input type="checkbox"/> 徘徊、行方不明、離脱</div>																	
	発生時状況、事故内容の詳細	<div>※事故の概要として、事故等の状況や経緯等を具体的に記載してください。</div>																	
	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	<div>※事故発生時にとった対応を具体的に記載してください。</div>																	
	受診方法	<div><input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応</div> <div><input type="checkbox"/> 受診 (外来・往診)</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 救急搬送</div> <div><input type="checkbox"/> その他（ ）</div>																	
	受診先	医療機関名	○○病院						連絡先（電話番号）	62-2111									
	診断名	右大腿骨頸部骨折																	
	診断内容	<div><input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷</div> <div><input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 右大腿骨頸部 )</div> <div><input type="checkbox"/> その他（ ）</div>																	
	検査、処置等の概要	※治療の概要を記載してくだい。																	

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	※治療後の経過やその後のサービスの利用予定、利用者に対する改善策等を記載してください。									
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input checked="" 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										
	備考										
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)									
		<div>※事故の問題点と原因分析について具体的に記載してください。</div>									
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)									
		<div>※改善状況、再発防止策について具体的に記載してください。</div>									
9 その他 特記すべき事項		<div>※家族への対応状況、その他の参考事項について記載してください。</div>									