

## 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

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第_____報	<input checked="" type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	----------------------------------	--

提出日： 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 checked="" 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	株式会社 ○○○○										
	事業所(施設)名	○○○○ディサービス						事業所番号	0700000000			
	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	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 鏡石町△△町△△番地 )										
	身体状況	要介護度			<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input checked="" 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	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	2024	年	12	月	31	日	14	時	
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 転倒		<input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等		<input type="checkbox"/> 感染症(コロナ、結核等)、食中毒						
		<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)		<input type="checkbox"/> 不明						
	<input type="checkbox"/> 誤嚙・窒息		<input type="checkbox"/> 移乗、介助時の事故		<input type="checkbox"/> その他 ( )							
発生時状況、事故内容の詳細		※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。										
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	※事故発生時にとった対応を具体的に記載してください。										
	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 checked="" type="checkbox"/> 救急搬送		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
	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		<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷		<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼		<input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 右大腿骨頸部)					
	検査、処置等の概要		※治療の概要を記載してください。									

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	<p>※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。</p>									
	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					
	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（ ）					
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)										
	<p>※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。</p>										
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)										
	<p>※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。</p>										
9 その他 特記すべき事項	<p>※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。</p>										