

介護保険事業者事故報告書 (事業者→熊取町)

※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

☐ 第1報 ☐ 第 _____ 報 ☐ 最終報告

提出日： 年 月 日

1事故状況	事故状況の程度	☐ 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ 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											
	電話番号											
	所在地											
3対象者	氏名・フリガナ・年齢・ 生年月日・性別	フリガナ				生年月日			性別	☐ 男性 ☐ 女性		
		氏名				年齢						
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ その他（ ）										
	身体状況	要介護度		☐ 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		☐ Ⅰ ☐ Ⅱ a ☐ Ⅱ b ☐ Ⅲ a ☐ Ⅲ b ☐ Ⅳ ☐ 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	☐ 居室（個室）		☐ 居室（多床室）		☐ トイレ		☐ 廊下			
☐ 食堂等共用部			☐ 浴室・脱衣室		☐ 機能訓練室		☐ 施設敷地内の建物外					
☐ 敷地外			☐ その他（ ）									
事故の種類		☐ 転倒		☐ 誤薬、与薬もれ等				☐ 不明				
		☐ 転落		☐ 医療処置関連（チューブ抜去等）				☐ その他（ ）				
	☐ 誤嚥・窒息		☐ 感染症									
	☐ 異食		☐ 中毒									
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	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応 ☐ 受診(外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ 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	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 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	☐ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ 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)	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ 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											