

事故報告書

渋谷区福祉部介護保険課長 様

報告日: 西暦 年 月 日

報告の種別 第1報 中間報 最終報 第1報及び最終報

1 事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 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	
	所在地	
	事業所番号	連絡先 (電話番号)
	責任者名	記入者 職・氏名
	サービス種別	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他()
	3 利用者(事 故当事者)	フリガナ 氏名
被保険者番号		保険者名 <input type="checkbox"/> 渋谷区 <input type="checkbox"/> その他()
サービス提供開始日		西暦 年 月 日
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
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> 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"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 無断外出(離設) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 震災・風水害・火災 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 個人情報取扱不備 <input type="checkbox"/> 感染症・食中毒・疥癬等() <input type="checkbox"/> 職員の行為() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
	発生時状況、 事故内容の詳細			
	報告が遅延した理由			
	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：) <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)		(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 損害賠償等の有無 (ありの場合は状況を記入)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
10 その他 特記すべき事項			

注) 1 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日以内に提出すること。

注) 2 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。

注) 3 記載しきれない場合は、適宜別紙を添付すること。