

介護保険事業者 事故報告書（事業者→朝霞市）

※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

朝霞市長 宛

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 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 <small>(事故が発生したサービス)</small>						管理者氏名			
	所在地						記載者 職・氏名			
	電話番号									
3 対象 者	氏名・年齢・性別	氏名	年齢		性別：		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始 年月日	西暦	年	月	日	保険者	被保険者番号			
	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"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input 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 <input type="checkbox"/> 自立						
	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 <input type="checkbox"/> 自立							
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 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 医療処置関連 (フープ 抜去等) <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	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 (時刻等できるだけ詳しく記載すること)												
	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、治療等の概要													
6 事故発生後の状況	利用者の状況 (病状、入院の有無、その他の利用者の状況等)												
	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	時頃(24時間表記)						
		説明内容、反応											
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名()			<input type="checkbox"/> 警察 警察署名()			※広域事業所は都道府県の報告基準を確認し、必要に応じ事故報告を提出すること。					
	本人、家族、関係先等への追加対応予定	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員			<input type="checkbox"/> その他 名称()								
損害賠償等の状況													
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													

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、この報告書に添付してください。