

事故報告書（事業者→大津市）

※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

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

提出日：西暦 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 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											
	所在地											
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	
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	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									
4 事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時	分項(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 ()								
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒		<input type="checkbox"/> 異食		<input type="checkbox"/> 不明						
		<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等		<input type="checkbox"/> その他 ()						
<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息		<input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
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	<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						
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 ()										
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												