

事故報告書（事業者→稲城市）

※事故発生後、電話にて速やかに稲城市へ連絡すること。その後本様式を用いて遅滞なく提出すること。

※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。

※空白がなくなるよう詳細に記入すること。該当ない場合は「なし」と記入すること。

報告担当者：

連絡先：

提出日： (西暦)

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

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							
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					管理者名			
	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					保険者 ※稲城市の場合は被保険者番号		
	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						
4 事 故 の 概 要	発生日時	年月日(西暦)	時間		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"/> 異食 <input type="checkbox"/> 食中毒、感染症等 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <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			
	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)		
	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"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名() 名称()警察署名() ()		
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 (損害賠償等の状況)				