

事業所(施設)名  
管理者名

### 事故報告書

※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5日以内を目安に報告すること。  
※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：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			
	電話番号											
	サービス種別(※)								その他 ( )			
	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	被保険者 番号		
	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"/> 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 <del>配置</del> 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 自治体名 ( )		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ( )		<input type="checkbox"/> その他 名称 ( )			
	損害賠償等の状況								
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									

※ サービス種別については, 以下のとおり。

- \* 1 介護予防ヘルプサービス, 生活支援ヘルプサービス
- \* 2 介護予防デイサービス, 短時間デイサービス