

事故報告書（事業者→多治見市）

※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：西暦 年 月 日

1事故 状況	事故状況の程度	☐ 受診(外来・住診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ その他 ()											
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日					
2 概 要 事 業 所 の	法人名												
	事業所（施設）名									事業所番号			
	サービス種別(▼で選択)												
	所在地												
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	☐ 男性 ☐ 女性			
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者				
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ その他 ()											
	身体状況	要介護度		☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 自立									
		自立 日 常 生 活 度	認知症高齢者	☐ I	☐ II a	☐ II b	☐ III a	☐ III b	☐ IV	☐ M			
			障害症高齢者	☐ J1	☐ J2	☐ A1	☐ A2	☐ B1	☐ B2	☐ C1	☐ C2		
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	☐ 居室（個室） ☐ 居室（多床室） ☐ トイレ ☐ 廊下 ☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外 ☐ 敷地外 ☐ その他 ()											
		事故の種別	☐ 転倒 ☐ 異食 ☐ 不明 ☐ 転落 ☐ 誤薬・与薬もれ等 ☐ その他 () ☐ 誤嚥・窒息 ☐ 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（経時順に記載）	日時									
		0:00											
	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（管理者、家族、消防、警察等への報告も経時順に記載）	日時											
			0:00										

5 事 故 発 生 時 の 対 応	受診方法	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応 ☐ 受診 (外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ 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	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 骨折(部位:) ☐ 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	☐ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ その他 ()								
		報告年月日	西暦		年		月		日		
	連絡した関係機関	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ 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 (今後の 対応や損害賠償予定等 を含む)										
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											