

事故報告書 (事業者→稲城市)

報告担当者： _____

※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

連絡先： _____

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					
	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		年		月		日	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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <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"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 配置医含む	<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				医療機関所在地				
	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"/> 居宅介護支援事業所		<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 () 名称 () 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 (損害賠償等の状況)										

注1 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。

注2 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。