

## 事故報告書 (事業者→保険者)

※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、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報の時点で事故処理が終了している場合は、1から8（必要に応じて9）までを記載した第1報をもって最終報告とすることができる

<input type="checkbox"/> 第1報 <input type="checkbox"/> 第__報 <input type="checkbox"/> 最終報告 ※第1報=最終報告になる場合は第1報及び最終報告にチェックしてください。	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											
	連絡先(TEL)	( ) -				担当者氏名						
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・生年月日	被保険者番号				生年月日	西暦	年		月		日
	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										
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 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 事業 自立 対象者									
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I    IIa    IIb    IIIa    IIIb    IV    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・誤飲				<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( )									
	受傷部位										
	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 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										
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											