

事故報告書（事業者→市町）

※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

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 ____ 報	<input type="checkbox"/> 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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>介護老人福祉施設</td> <td><input type="checkbox"/>養護老人ホーム</td> <td><input type="checkbox"/>養護老人ホーム(特定施設入居者生活介護)</td> <td><input type="checkbox"/>小規模多機能型居宅介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>介護老人保健施設</td> <td><input type="checkbox"/>軽費老人ホーム</td> <td><input type="checkbox"/>軽費老人ホーム(特定施設入居者生活介護)</td> <td><input type="checkbox"/>看護小規模多機能型居宅介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>介護療養型医療施設</td> <td><input type="checkbox"/>有料老人ホーム</td> <td><input type="checkbox"/>有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)</td> <td><input type="checkbox"/>認知症対応型共同生活介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>介護医療院</td> <td><input type="checkbox"/>サービス付き高齢者向け住宅</td> <td><input type="checkbox"/>サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護)</td> <td><input type="checkbox"/>認知症対応型通所介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</td> <td><input type="checkbox"/>居宅介護支援</td> <td><input type="checkbox"/>短期入所生活介護</td> <td><input type="checkbox"/>福祉用具貸与</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>訪問介護</td> <td><input type="checkbox"/>通所リハビリ</td> <td><input type="checkbox"/>夜間対等型訪問看護</td> <td><input type="checkbox"/>短期入所療養介護</td> <td><input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>訪問入浴</td> <td><input type="checkbox"/>通所介護</td> <td><input type="checkbox"/>地域密着型通所介護</td> <td><input type="checkbox"/>居宅療養管理指導</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>訪問看護</td> <td><input type="checkbox"/>訪問リハビリ</td> <td><input type="checkbox"/>療養通所介護</td> <td><input type="checkbox"/>定期巡回・随時対応型訪問看護介護</td> <td></td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(特定施設入居者生活介護)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(特定施設入居者生活介護)	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護)	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 夜間対等型訪問看護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	()	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 療養通所介護	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問看護介護	
	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(特定施設入居者生活介護)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護																																										
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(特定施設入居者生活介護)	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護																																											
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護																																											
<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護)	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護																																											
<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与																																											
<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 夜間対等型訪問看護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> その他																																										
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	()																																										
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 療養通所介護	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問看護介護																																											
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																																					
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>要支援1</td><td>要支援2</td><td>要介護1</td><td>要介護2</td><td>要介護3</td><td>要介護4</td><td>要介護5</td><td>自立</td><td colspan="3"></td><td></td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	自立															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	自立																																							
	認知症高齢者 日常生活自立度	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>I</td><td>II a</td><td>II b</td><td>III a</td><td>III b</td><td>IV</td><td>M</td><td></td><td colspan="3"></td><td></td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	II a	II b	III a	III b	IV	M																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
I	II a	II b	III a	III b	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>居室(個室)</td> <td><input type="checkbox"/>居室(多床室)</td> <td><input type="checkbox"/>トイレ</td> <td><input type="checkbox"/>廊下</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>食堂等共用部</td> <td><input type="checkbox"/>浴室・脱衣室</td> <td><input type="checkbox"/>機能訓練室</td> <td><input type="checkbox"/>施設敷地内の建物外</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>敷地外</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>その他()</td> </tr> </table>											<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()																								
	<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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>転倒</td> <td><input type="checkbox"/>異食</td> <td><input type="checkbox"/>不明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>転落</td> <td><input type="checkbox"/>誤薬、与薬もれ等</td> <td><input type="checkbox"/>その他()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>誤嚥・窒息</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>医療処置関連(チューブ抜去等)</td> </tr> </table>											<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)																											
<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(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	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									