

# 事故報告書 (事業所→奈良市)

※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3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<br>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<br>死亡年月日 | 西暦  |   | 年   |  | 月  |  | 日 |       |   |  |            |
| 2<br>概<br>要<br>の<br>事<br>業<br>所 | 法人名               |   |   |   |  |    |  |   |       |   |  |            |
|                                 | 事業所(施設)名          |   |   |   |  |    |  |   | 事業所番号 |   |  |            |
|                                 | サービス種別            |   |   |   |  |    |  |   |       |   |  |            |
|                                 | 所在地               |   |   |   |  |    |  |   |       |   |  |            |
| 3<br>対<br>象<br>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  |   | <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<br>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<br>事<br>故<br>の<br>概<br>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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 徘徊・行方不明・離脱<br><input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症・結核等 <input type="checkbox"/> 送迎時の交通事故<br><input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |   |  |    |  |   |       |   |  |            |
|                                 | 発生時状況、事故内容の詳細     |   |   |   |  |    |  |   |       |   |  |            |
|                                 | その他<br>特記すべき事項    |   |   |   |  |    |  |   |       |   |  |            |

|  |                        |  |                              |   |                                  |  |                                  |                                  |  |                                  |
|--|------------------------|--|------------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|
| 5<br>事<br>故<br>発<br>生<br>時<br>の<br>対<br>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<br>(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<br>事<br>故<br>発<br>生<br>後<br>の<br>状<br>況          | 利用者の状況                 |  |                              |   |                                  |  |                                  |                                  |  |                                  |
|  | 家族等への報告                | 報告した家族等の<br>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<br>(連絡した場合のみ) | <input type="checkbox"/> 他の自治体<br>自治体名 ( ) |                              | <input type="checkbox"/> 警察<br>警察署名 ( ) |                                  | <input type="checkbox"/> その他<br>名称 ( ) |                                  |                                  |  |                                  |
| 本人、家族、関係先等<br>への追加対応予定                             |                        |  |                              |   |                                  |  |                                  |                                  |  |                                  |
| 7 事故の原因分析<br>(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<br>(手順変更、環境変更、その他の対応、<br>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<br>特記すべき事項                                   |                        |  |                              |   |                                  |  |                                  |                                  |  |                                  |