

事故報告書（事業者→八尾市）

※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・往診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ その他（ ）											
	死亡に至った場合	西暦		年		月		日					
	死亡年月日												
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												
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	☐ 男性 ☐ 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	☐ 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									
		認知症高齢者 日常生活自立度		☐ 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	☐ 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													
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	☐ 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 (連絡した場合のみ)	☐ 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										
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											