

事故報告書 (事業者→杉並区)

※第一報は、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"/> 第一報 <input type="checkbox"/> 第__報 <input type="checkbox"/> 最終報告	提出日：西暦 年 月 日 第一報提出日：西暦 年 月 日
--	---

※途中経過や最終報告の場合は、第一報の提出日も記入してください。

1 事業 所 の 概 要	法人名											
	事業所(施設)名							事業所番号				
	所在地							電話番号				
	管理者氏名					報告書作成者の職種・氏名						
サービス種別	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型方訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所介護事業所での宿泊サービス <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 ()											
2 利 用 者 情 報	氏名、被保険者番号	フリガナ						被保険者番号				
	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	
身体状況	要介護度	<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"/>										
	認知症高齢者 日常生活自立度	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 <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"/>										
3 事 故 状 況	事故状況	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <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				
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"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 従業者の法令違反・不法行為等 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 行方不明(離脱) <input type="checkbox"/> 感染症・食中毒・疥癬等 () <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												

別記様式(第4条関係)

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
	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・居宅介護支援事業者への連絡状況	連絡した家族等の続柄 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体(自治体名:) <input type="checkbox"/> 警察(警察署名:) <input type="checkbox"/> その他 ()
	本人、家族等、関係機関への追加対応予定	
	連絡年月日	西暦 年 月 日 西暦 年 月 日

以下7～10については、当該事故処理がすべて完了した時点で、最終報告を区へ提出すること。

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及び結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)
9 損害賠償の状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中 (状況等)
10 その他 特記すべき事項	