

## 介護保険施設等における事故等の発生状況報告書

西暦 年 月 日

※ 事故発生から30日以内に提出すること。

※ 緊急な報告を要する事故等の場合は、電話等で速やかに第1報をした後、7日以内に提出すること。

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( )												
	(死亡の場合)死亡日	西暦	年	月	日	警察の検証	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無						
2 事業 所の 概要	法人名													
	事業所(施設)名													
	種別						事業所番号							
	所在地	〒 -												
	担当者職・氏名					電話番号				FAX番号				
3 対象 者	氏名				年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女					
	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( )												
	心身の状況	要介護 度	<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					認知症高齢 者日常生活 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M					
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	年	月	日	時	分(頃)	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 認知					
	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・洗面所 <input type="checkbox"/> 廊下・階段 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣所 <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"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他( )												
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 虐待等の不適切処遇 <input type="checkbox"/> 無断外出・行方不明 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 異食・誤食 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不適切な会計処理 <input type="checkbox"/> 不法行為等 <input type="checkbox"/> 事件報道等 <input type="checkbox"/> その他( )												
	発生時状況・ 事故内容の 詳細	<small>※時系列で具体的に 記載すること。 ※必要に応じて図面 等を添付。</small>												
	その他の 特記事項													
	5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応	<small>※時系列で具体的に 記載すること。</small>											
受診方法		<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 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)						
診断名														
診断内容		<input type="checkbox"/> 骨折 部位( ) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 裂傷・擦傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷( ) <input type="checkbox"/> その他( )												
検査・処置等 の概要														

