

介護保険事故報告書 (事業者→江東区)

※第1報は、少なくとも1から5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	<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							代表者名							
	事業所(施設)名							事業所番号							
	サービス種別														
	所在地							事業所管理者名							
	責任者名							連絡先(電話番号)							
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							被保険者番号							
	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 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 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"/> その他 ()													
	事故の種別	<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														
報告が遅延した場合、 その理由															

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									
	家族等への報告	報告した家族等の続柄、氏名	<input type="checkbox"/> 配偶者(氏名)							
			<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者(氏名)							
			<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()									
6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	(現況、病状、診断名、入院期間及び手術の有無等)								
	損害賠償等の状況	損害賠償の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状況等					
	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										