

事故報告書(様式1) 事業者→練馬区

※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"/> 第二報 <input type="checkbox"/> 最終報告	提出日: 令和 年 月 日 第一報提出日: 令和 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				
2 利用者の情報	氏名、被保険者番号 年齢、性別	フリガナ					被保険者番号					
		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	令和		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"/>	
		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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M				
	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	令和		年		月		日			
4 事故の概要	発生日時	令和		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()										
事故の種類	<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												
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 ()	連絡年月日	令和	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(自治体名:) <input type="checkbox"/> 警察(警察署名:) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所(事業者名:) <input type="checkbox"/> その他()									
	本人、家族等、関係機関への追加対応予定										

以下7～10については、当該事故処理が全て完了した時点で、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および結果等)	(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	