

※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：令和 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 死亡年月日	西暦		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	岡山県 苫田郡鏡野町																
	報告者	職名					氏名					電話						
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名					年齢				性別	☐ 男性 ☐ 女性						
	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 時 の 対 応	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	（経緯や対応、介護者の有無、関係機関への連絡状況等を時系列で記入すること）																
	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																		

5 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・説明年月日	西暦		年		月		日		時	
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	☐ 他の自治体 自治体名（ ） ☐ 警察 警察署名（ ） ☐ その他 名称（ ）										
	その他 特記すべき事項											
6 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）										
7 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）										
		* 再発防止協議日： 年 月 日 * 参加職種：										
8 その他 特記すべき事項												

台帳記入