

【別添 1】

※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

提出日：西曆 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	その他(右欄に記入してください)											
	所在地												
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										
	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		☐ 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											

6 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（ ）																	
		報告年月日	西暦		年		月		日											
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ その他 自治体名（ ） 警察署名（ ） 名称（ ）																		
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定	家族とのトラブル ☐ 有 ☐ 無	忘れずにご記入ください																	
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)																				
9 その他 特記すべき事項																				