

# 事故報告書

記入例

※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：(西暦) 年 月 日

|                   |  |                                                                                                                                               |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
|-------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1 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<br>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                                                                                                                                        |   | サービス種別はプルダウン(マウス操作)で選択可                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                              |                                                         |
|                   |  | 所在地                                                                                                                                           |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
| 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                                                       |
|                   |  | 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<br>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"/> M   |                                                         |
| 4 事故の概要           |  | 発生日時                                                                                                                                          |   | 西暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 年                            | 月                            | 日                                                       |
|                   |  | 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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><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                                                                                                                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
|                   |  | 時系列に沿って具体的に記入                                                                                                                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
|                   |  | その他特記すべき事項                                                                                                                                    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
|                   |  | 既往症、普段の生活上の制約等、事故に関係する事項を記入                                                                                                                   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
| 5 事故発生時の対応        |  | 発生時の対応                                                                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
|                   |  | いつ、だれの判断で、どのように対応したかを記入                                                                                                                       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
|                   |  | 受診方法                                                                                                                                          |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
|                   |  | <input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医を含む。)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: )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
|                   |  | 検査、処置等の概要                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |
|                   |  | レントゲン等の検査や手術予定を記入                                                                                                                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |                                                         |

|                                                |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |  |   |  |   |  |   |  |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|
| 6<br>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                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <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<br>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                             |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |  |   |  |   |  |   |  |
| 7 事故の原因分析<br>(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。)                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |  |   |  |   |  |   |  |
|                                                | <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFD700; padding: 2px; display: inline-block;">直接的、間接的な事故の要因を記入</div> |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |  |   |  |   |  |   |  |
| 8 再発防止策<br>(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<br>特記すべき事項                               |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |  |   |  |   |  |   |  |