

# 事故報告書（事業者→笠松町）

※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。

|                                                                                         |  |                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 第1報 <input type="checkbox"/> 第 報 <input type="checkbox"/> 最終報告 |  | 提出日：西暦    年    月    日 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|

|                           |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |  |    |           |       |     |                                                         |  |                 |
|---------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|----|-----------|-------|-----|---------------------------------------------------------|--|-----------------|
| 1<br>事故<br>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<br>死亡年月日 | 西<br>暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 |  | 月  |           | 日     |     |                                                         |  |                 |
| 2<br>事業<br>所の<br>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               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |  |    |           |       |     |                                                         |  |                 |
| 3<br>対象<br>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<br>日     | 西暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 |  | 月  |           | 日     | 保険者 |                                                         |  |                 |
|                           | 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>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<br>日常生活自立<br>度                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>I    II a    II b    III a    III b    IV    M                                      |   |  |    |           |       |     |                                                         |  |                 |
| 4<br>事故<br>の<br>概要        | 発生日時              | 西暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 |  | 月  |           | 日     |     | 時                                                       |  | 分頃（24 時間<br>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<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<br>内容の詳細 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |  |    |           |       |     |                                                         |  |                 |
|                           | その他<br>特記すべき事項    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |  |    |           |       |     |                                                         |  |                 |
| 5<br>事故<br>発生<br>時の<br>太陽 | 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：    )<br><input type="checkbox"/> その他(    )                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |  |    |           |       |     |                                                         |  |                 |
|                           | 検査、処置等の概<br>要     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |  |    |           |       |     |                                                         |  |                 |

|                                               |                    |                                                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 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      □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<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）  |                                                                                  |
|                                               |                    |                                                                                  |
| 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及び結果等） | （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                              |                    |                                                                                  |