

事故報告書

報告日：西暦 年 月 日

渋谷区福祉部介護保険係長 様

報告の種別 ☐ 第1報 ☐ 中間報 ☐ 最終報 ☐ 第1報及び最終報

1 事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診（外来・往診） <input type="checkbox"/> 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 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				
	所在地				
	事業所番号			連絡先（電話番号）	
	責任者名			記入者職・氏名	
	サービス種別	<div> <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 </div> <div> <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 </div> <div> <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 </div> <div> <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 </div> <div> <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 </div> <div> <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 </div> <div> <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 </div> <div> <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 </div> <div> <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 </div> <div> <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 </div> <div> <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 </div> <div> <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 </div> <div> <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス </div> <div> <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 通所型サービス </div> <div> <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> その他（ ） </div> <div> <input type="checkbox"/> 介護予防支援 </div>			
3 利用 者 情 報 (事 故 当 時 者)	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	様		年齢	歳
	被保険者番号			保険者名	<input type="checkbox"/> 渋谷区 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	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 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			

発生日時		西暦	年	月	日	時	分頃(24時間表記)
4 事故の概要	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"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 無断外出(離設) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 震災・風水害・火災 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 個人情報取扱不備 <input type="checkbox"/> 感染症・食中毒・疥癬等 () <input type="checkbox"/> 職員の行為 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
	発生時状況、 事故内容の詳細						
	報告が遅延した理由						
	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)					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:) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	検査、処置等の概要						

