様式作成例

第一報報告日：　　　年　　月　　日

※事故報告書は、第一報報告後、10日以内に仙台市に提出すること

事故報告書

報告書提出日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | （事業所種別：　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 利用者氏名 |  | | | | | | | 年 齢 | 歳 | | 性 別 | 男・女 |
| 入所年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | 要介護度 | |  | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M | | | | | | | | |
| 事故発生(発見)日時 | | 年　　　月　　　日（　　　）　AM・PM　　　　： | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | |  | | | | | | | | | | |
| 事故の種別 | | □転倒　□転落　□誤嚥・窒息　□異食　□誤薬・与薬漏れ　□離設　□溺水  □医療処置関連（チューブ抜去等）□死亡　□不明　□その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 事故の内容  （詳細に記載） | |  | | | | | | | | | | |
| 発生時の対処  （受診方法・受診し  　た医療機関も含め  　て記載すること） | |  | | | | | | | | | | |
| 受傷程度 | | □骨折（部位：　　　　　　　　　　）　□切傷・擦過傷　□打撲・捻挫・脱臼  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 家族への連絡  対応等 | | 日　時 | 実施職員名  （職名） | | 応対家族 | | 説明内容等 | | | | | |
| /  ： | （　　） | |  | |  | | | | | |
| /  ： | （　　） | |  | |  | | | | | |
| /  ： | （　　） | |  | |  | | | | | |
| ※ 家族とのトラブルの有無（有・無） | | | | | | | | | | |
| 治療費の負担状況 | | 本人・ 施設 | | | | 損害賠償保険等 | | | | 適用する・適用しない・検討中 | | |
| 事故防止検討委員会等による検討 | | （※施設・事業所等作成の会議録等の資料添付可）  検討日：　　　　年　　月　　日  参加者： | | | | | | | | | | |
| 原因分析 | | 要因（利用者，スタッフ，提供サービスの内容，設備・環境，使用備品など）について検討 | | | | | | | | | | |
| 再発防止策 | | ※ 職員への周知徹底の方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | | | | | | |