

事故の発生の連絡について

盛岡市長 様

事故の発生がありましたので、別添の「事故報告書」により連絡します。

報告年月日	令和 年 月 日 ()
法人名	
サービス種類	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス (具体的に:) <input type="checkbox"/> 介護保険対象外サービス (具体的に:)
介護保険事業者番号	
施設名称	
施設所在地	〒 (電話番号) (FAX番号)
管理者職名	
管理者氏名	
担当者職名	
担当者氏名	

[注] 担当者職名・氏名の欄には、このことで盛岡市から問い合わせる必要があった場合に
対応される方について記入して下さい。

事 故 報 告 書

対象者(利用者)の概要

氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齢	歳
住 所	(電話番号)				
家族等の 連絡先	(電話番号)				
保険者			被保険者番号		
要介護度					
障害高齢者の日常生活自立度 * 記載は任意	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2				
認知症高齢者の日常生活自立度 * 記載は任意	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
特記事項					

事故の概要及び発生時の対応

発生年月日	令和 年 月 日 ()	発生時刻	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 ころ
発生場所	<input type="checkbox"/> 施設 (棟 階) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室/更衣室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に :) <input type="checkbox"/> 自宅 (具体的に :) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に :)		
事故区分	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 誤嚥/誤飲 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 自虐行為 <input type="checkbox"/> 器物損壊 <input type="checkbox"/> 離棟・施設外徘徊 <input type="checkbox"/> 紛失/盗難 <input type="checkbox"/> 車両事故 <input type="checkbox"/> 感染症 (具体的に :) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に :)		
けが等の 状態	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 裂傷 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 擦過傷 <input type="checkbox"/> 精神的被害 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に :)		
けが等の 部位	<input type="checkbox"/> 頭部 () <input type="checkbox"/> 顔面 () <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩部 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手/手首 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 脚/足 <input type="checkbox"/> その他 ()		
介助中事故	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	第1発見者氏名	

<p>損害の程度</p>	<p> <input type="checkbox"/>レベルⅠ 異常なし <input type="checkbox"/>レベルⅡ バイタルサインの変化・観察強化 <input type="checkbox"/>レベルⅢ 治療が必要な軽度の障害 <input type="checkbox"/>レベルⅣ 入院加療が必要な障害 <input type="checkbox"/>レベルⅤ 後遺障害が残る障害・死亡 </p> <p> <input type="checkbox"/>精神的苦痛を受けた <input type="checkbox"/>器械・物品の破損 <input type="checkbox"/>その他（ ） </p>
<p>受診した医療機関・日時・診断等</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>医療機関への対象者の緊急時連絡票等の提示の有無</p>	<p> <input type="checkbox"/>提示した <input type="checkbox"/>提示しなかった (提示しなかった理由) </p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>事故の概要及び対処の状況</p>	<p>.....</p>
<p>家族への報告 (日時・続柄等)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>連絡した関係機関・日時等</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

事故後の対応・再発防止策

利用者の現在の状況・見通し (病状・入院の有無等)	
事故原因・原因の分析	
今後の予防対策	
職場の長の意見	