

# 事故報告書 (事業者→盛岡市)

※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：        年        月        日

|                                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                             |           |   |       |                                                         |  |            |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|-------|---------------------------------------------------------|--|------------|--|
| 1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 | 西暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年                                                                                                                                                                                                                                             |  | 月                                                                                                                                                                                                           |           | 日 |       |                                                         |  |            |  |
| 2事<br>業<br>所<br>の<br>概<br>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対<br>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"/> 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"/> 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 |           |   |       |                                                         |  |            |  |
|                                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                             |           |   |       |                                                         |  |            |  |
| 4事<br>故<br>の<br>概<br>要                | 発生日時              | 西暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年                                                                                                                                                                                                                                             |  | 月                                                                                                                                                                                                           |           | 日 |       | 時                                                       |  | 分頃（24時間表記） |  |
|                                       | 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"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> （自由記載3）<br><input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ抜去等） <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> （自由記載1） <input type="checkbox"/> その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> （自由記載2） |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                             |           |   |       |                                                         |  |            |  |
|                                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                             |           |   |       |                                                         |  |            |  |
|                                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                             |           |   |       |                                                         |  |            |  |
|                                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                             |           |   |       |                                                         |  |            |  |
| 5事<br>故<br>発<br>生<br>時<br>の<br>対<br>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                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                             |           |   |       |                                                         |  |            |  |

