

様式（第4条関係）

事故報告書（事業者→小樽市）

※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。

記載例：転倒

☒ 第1報

☐ 第__報

☐ 最終報告

提出日：2025年1月21日

1 事故状況	事故状況の程度	☒ 受診（外来・往診）、自施設で応急処置										☐ 入院		☐ 死亡		☐ 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	〇〇株式会社															
	事業所（施設）名	グループホーム〇〇								事業所番号	0123456789						
	サービス種別	認知症対応型共同生活介護															
	所在地	小樽市花園〇丁目〇番〇号															
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏名	●● ●●				年齢	80		性別	☒ 男性 ☐ 女性						
	サービス提供開始日	西暦	2022		年	6		月	1		日	保険者	介護保険証で必ずご確認ください				
	住所	☒ 事業所所在地と同じ ☐ その他（ ）															
	身体状況	要介護度		☐ 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 日常生活自立度		☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☒ III b ☐ IV ☐ M													
4 事故の概要	発生日時	西暦	2025		年	1		月	20		日	15		時	30 分頃（24時間表記）		
	発生場所	☒ 居室（個室） ☐ 居室（多居室） ☐ トイレ ☐ 廊下															
		☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外															
		☐ 敷地外 ☐ その他（ ）															
	事故の種別	☒ 転倒 ☐ 誤薬・与薬漏れ等 ☐ 虐待															
		☐ 転落 ☐ 医療処置関連（チューブ抜去等） ☐ 不明															
☐ 誤嚥・窒息 ☐ 無断外出 ☐ その他（ ）																	
☐ 異食（誤飲及び誤食） ☐ 失踪・行方不明																	
発生時状況、事故内容の詳細	詳細を記入してください																
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	詳細を記入してください															
	受診方法	☐ 施設内の医師（配置医含む。）が対応 ☒ 受診（外来・往診） ☐ 救急搬送 ☐ その他（ ）															
	受診先	医療機関名	△△病院						連絡先（電話番号）	00-0000							
	診断名	左大腿骨転子部骨折															
	診断内容	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☒ 骨折（部位: 左大腿骨転子部）															
		☐ その他（ ）															
検査、処置等の概要																	

