

様式(第4条関係)

事故報告書(事業者→小樽市)

記載例(転倒)

※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。

第1報 第__報 最終報告

提出日: 令和6年4月3日

1事故状況	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 checked="" type="checkbox"/> その他()									
	死亡に至った場合 死亡年月日	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	〇〇デイサービス					事業所番号	0123456789			
	サービス種別	地域密着型通所介護									
	所在地	小樽市花園◎丁目◎番◎号									
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	●●●●	年齢	80	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				
	サービス提供開始日	令和5年	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	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								
4事故の概要	発生日時	令和6年	年	4	月	1	日	13	時	30	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 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input checked="" 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"/> その他()									
	事故の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食(誤飲及び誤食) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬漏れ等 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)									
	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	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医を含む。)が対応 <input checked="" 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	△△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	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位:左大腿骨転子部)									
	検査、処置等の概要										

6 事故発生後の状況	利用者の状況	<div style="border: 1px solid black; background-color: #ADD8E6; padding: 5px; text-align: center;"> 詳細を記入してください </div>							
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> その他(◎◎ケアマネジャー)						
		報告年月日	令和6年	年	4	月	1	日	
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名() 警察署名() 名称()							
本人、家族、関係先等への追加対応予定									
7事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること。)								
	<div style="border: 1px solid black; background-color: #ADD8E6; padding: 10px; text-align: center;"> 詳細を記入してください ※「第1報」で提出時に記入できない場合は、 後日記入し、「最終報告」として再度ご提出ください。 </div>								
8再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期及び結果等)	(できるだけ具体的に記載すること。)								
	<div style="border: 1px solid black; background-color: #ADD8E6; padding: 10px; text-align: center;"> 詳細を記入してください ※「第1報」で提出時に記入できない場合は、 後日記入し、「最終報告」として再度ご提出ください。 </div>								
9その他 特記すべき事項									