事故報告書　（事業者→毛呂山町）

※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：西暦　　　　年　　月　　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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| サービス種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３対象者 | 氏名・年齢・性別 | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | 年齢 | | | |  | | | | | | | | 性別 | | | | | 男性　　女性 | | | | | |
| サービス提供開始日 | 西暦 | |  | | | | | 年 | | |  | | | | 月 | | | |  | | | 日 | | | | | 保険者 | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | Ⅱa | | | | Ⅱb | | | | | Ⅲa | | | | Ⅲb | | | | | | Ⅳ | | | | | M |  |
| ４事故の概要 | 発生日時 | 西暦 |  | | | | 年 | | | |  | | | 月 | | | |  | | | 日 | | |  | | | 時 | | | |  | | | | 分頃（24時間表記） | | | |
| 発生場所 | 居室（個室）　　　居室（多床室）　　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　　　　　　　異食　　　　　　　　　　　　　　　　不明  転落　　　　　　　誤薬、与薬もれ等　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　）  誤嚥・窒息　　　　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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先（電話番号） | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 診断名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断内容 | 切傷・擦過傷　　打撲・捻挫・脱臼　　骨折(部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　)  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査、処置等の概要 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※この様式には裏面があります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ６事故発生後の状況 | 利用者の状況 |  | | | | | | | | | |
| 家族等への報告 | 報告した家族等の続柄 | | 配偶者　　子、子の配偶者　　その他（　　　　　　　　 　　　） | | | | | | | |
| 報告年月日 | | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 連絡した関係機関 (連絡した場合のみ) | 他の自治体　　　　　　　　　　　警察　　　　　　　　　　　　　　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） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 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および結果等） | | | （できるだけ具体的に記載すること） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 9その他　特記すべき事項 | | |  | | | | | | | | |

事故報告書の提出方法

➀事故報告書をPFD形式で保存、または、印刷した事故報告書をスキャナ等で読込みPDF形式に変換する。

②パスワードを設定して電子メールで送付する。

送付先：高齢者支援課  
📬kourei@town.moroyama.lg.jp

②パスワードを電話又はFAXで連絡する。

連絡先：高齢者支援課介護保険係  
☎049-295-2112（内線121）　📠049-276-1013

※上記の方法での提出が困難な場合は、郵送・持参等で提出してください。

報告回数について

➀短期間※で完結する場合　※事故発生から5日以内

第1報　→　最終報告　または　最終報告のみ

②完結まで長期間を要する場合

第1報（5日以内）　→　第○報※　→　→　→　最終報告　※必要に応じて途中経過を報告