

様式1 事故報告書 (事業者→長岡市)

※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 改善計画報告 最終報告 その他 ()

*第1報は1～6の項目については可能な限り記載し、事故発生後速やかに、概ね5日以内に報告してください。

| | | | | | | | | | | |
|-----------|--|---|---|---|--|----|--|----------|--|---|
| 1事故状況 | 事故状況の程度 | <input type="checkbox"/> 様子観察のみ <input type="checkbox"/> 自施設(サービス)で応急処置 <input type="checkbox"/> 受診・往診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| | 死亡に至った場合 死亡年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | | |
| 2事業所の概要 | 法人名 | | | | | | | 担当者名 | | |
| | 事業所(施設)名 | | | | | | | 事業所番号 | | |
| | サービス種別 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | 電話番号 | | |
| 3対象者 | <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 職員 | 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 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 保険者 | |
| | 住所(居住地) | <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 日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | | | | | |
| 4事故の概要 | 発生日時(発見日時) | 令和 | | 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 <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 <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"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 (<input type="checkbox"/> 指示間違い <input type="checkbox"/> 取り違い (<input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 利用者)) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 暴力* <input type="checkbox"/> ハラスメント行為* *は県への報告対象外 | | | | | | | | |
| | 発生時状況、 事故内容の詳細 (誰が、いつ、どこで、 なにを、なぜ、どのように) | <input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 見守り中 <input type="checkbox"/> 自立歩行中 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診 (<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| | 受診先医療機関名 | | | | | | | 電話番号 | | |
| | 診断名 | | | | | | | 治療に要する期間 | <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> か月 <input type="checkbox"/> 年 間 | |
| | 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 | | | | | | | | | |

