

事故報告書 (事業者→茅ヶ崎市)

※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

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 最終報告	報告者名 ()	提出日：西暦 年 月 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 type="checkbox"/> 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				サービス種別詳細				その他	
	所在地・電話番号									
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名		年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	被保険者番号		
	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 <input type="checkbox"/> 事業対象者							
		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							
発生日時	西暦		年		月		日	時	分頃 (24時間表記)	
4事故の概要	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"/> 食中毒・感染症・結核				
	<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等				<input type="checkbox"/> 不明			
	<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 ()			
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	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応		<input type="checkbox"/> 受診 <small>(外来・往診)</small>		<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										

