

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自立						
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> 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"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 異食 <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							治癒に要する期間	<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													

