

(様式1) 事故報告書 (事業者→堺市)

(別紙)

※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

記入例

☒ 第1報 ☐ 第____報 ☒ 最終報告

提出日：西暦 2025年11月1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 checked="" 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	社会福祉法人〇〇〇											
	事業所(施設)名	特別養護老人ホーム〇〇〇						事業所番号	277010XXXX				
	サービス種別	介護老人福祉施設											
	所在地	堺市〇区〇〇1-1-1											
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	堺 花子			年齢	90		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始日	西暦	2025		年	4	月	1	日	保険者	堺市		
	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 checked="" 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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input checked="" type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4事故の概要	発生日時	西暦	2025		年	10	月	30	日	18	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <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"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 異食											
	発生時状況、事故内容の詳細	事故発生・発見時の状況を記入してください。事故が目撃されていればその状況を、転倒等が目撃されていなければ発見時の状況を記入し、事故内容の詳細を記入してください。 例：10月30日18時30分 夕食後、本氏が車いすから立ち上がり左側臥位に転倒。 介護職員が立ち上がりに気付き、駆け寄ったが間に合わなかった。頭部及び左半身の痛みの訴えあり。											
	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	事故発生を発見した職員から、誰に(看護師、施設長、宿直者、医師等)、いつ(事故直後、出勤時等)連絡・報告したのか、受診等の指示を誰が出したのか、また受診や救急要請の時間等を簡潔に記入してください。 例：10月30日18時31分 看護師に応援要請。看護師がバイタル及び外傷確認し、頭部打撲のため救急要請。 同時にキーパーソンに連絡し、搬送先で合流するよう依頼。 19時10分 搬送先でCT、レントゲン撮影され頭部異常なし、左大腿骨頭部骨折と診断されバンド固定され入院。											
	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(外来・往診) <input checked="" 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)	072-228-XXXX				
	診断名	左大腿骨頭部骨折											
	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: 左大腿骨頭部骨折) () <input type="checkbox"/> その他 ()											
	検査、処置等の概要	CT検査、レントゲン撮影											

