

(様式1) 事故報告書 (事業者→堺市)

※事故発生後速やかに、遅くとも14日以内を目安に提出すること。

※医療機関（施設内処置を含む）での治療は報告を必要としますが、軽度の切傷・擦過傷・打撲の場合は不要です。（トラブル等が発生している場合は必要）

※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

提出日：西暦2023年4月5日

1事故状況	事故状況の程度	<input checked="" 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	社会福祉法人サカイ										
	事業所(施設)名	特別養護老人ホームサカイ						事業所番号	2770101XXX			
	サービス種別	介護老人福祉施設										
	所在地	堺市堺区〇〇1-1-1										
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	2023	年	1	月	1	日	保険者	〇〇市		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()										
	身体状况	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 checked="" 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"/> 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 <input type="checkbox"/> 自立									
4事故の概要	発生日時	西暦	2023	年	4	月	1	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"/> 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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 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	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：①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。頭部及び左肩の痛みの訴えあり。 ②22：00頃居室よりコール鳴動し、訪室するとベッド横に仰臥位で転倒している本氏発見。左足の痛みの訴えあり。靴は履いておらず、車いすがベッド横で斜めになっていた。										
	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：①事故発生直後に看護師に応援要請。看護師がバイタル及び外傷確認し、頭部打撲の可能性ありのため施設長に報告し18：30救急要請。同時にKPに連絡し、搬送先で合流するよう依頼。搬送先でCT、レントゲン撮影され頭部異常なし、左鎖骨骨折と診断されバンド固定され帰院。 ②夜勤職員に応援要請し、ベッドに移乗。バイタル、外傷確認。看護師にオンコール。外傷なく、痛み自制的のため様子確認指示。翌朝、施設医に報告し外来受診指示受け家族と相談の上9：30〇〇病院整形外科受診。レントゲン撮影され、左大腿骨頭骨折と診断され手術のため入院。										
	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	堺病院			連絡先(電話番号)	072-228-XXXX					
	診断名	左鎖骨骨折										
	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：左鎖骨骨折) <input type="checkbox"/> その他 ()										
検査、処置等の概要	CT検査、レントゲン撮影											

記入誤り多い項目です！
生年月日等を誤記載していることが多いため留意してください。

記入漏れの多い項目です！
必ず記入してください。

その他欄に「骨折」等の診断内容を記入しない。負傷の原因がわからなければ「不明」に☑してください。

特に診断なければ「その他」に☑し、「特になし」と記入。

