**介護保険施設等における事故報告書**

東吾妻町長　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 報告年月日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 介護保険施設  事業所名 |  |
| 施設所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| 管理者氏名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |

**○事故の対象者(利用者)の概要**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 要介護度 |  | | |
| 生年月日 |  | 年　齢 | 歳 | 性別 | □男 □女 |
| 住　　所 | （電話番号　　　　　　　　　　　） | | | | |

**○事故の概要及び発生時の対応**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発生年月日 | 令和　 年　 月　 日（ 　） | | 発生時刻 | □午前　 □午後　　時　　分ころ | |  | |
| 発生場所 | □施設（　　　棟　　　階）  □居室　□廊下　□トイレ　□浴室/更衣室　□食堂　□ホール　□屋外  □その他（具体的　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □自宅（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | |  | |
| 事故区分 | □転倒　□転落　□衝突　□誤嚥/誤飲　□異食　□誤薬　□暴行　□自虐行為  □器物損壊　□離棟・施設外徘徊　□紛失/盗難　□車両事故  □感染症(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □その他(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |  | |
| けが等の  状　　態 | □死亡　□打撲　□捻挫　□骨折　□裂傷　□火傷　□擦過傷　□精神的被害  □その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | |  | |
| けが等の  部　　位 | □頭部(　　　　 )　□顔面(　　　　 )　□頚部　□肩部　□腕　□手/手首  □胸部　□腹部　□背部　□腰部　□脚/足　□その他（　　　　　　　　　） | | | | |  | |
| 介助中事故 | □はい　　□いいえ | 第1発見者氏名 | | |  |  | |
| 受診した医療機関・日時・診断等 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 事故の概要及び対処の状況 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 家族への報告（日時・続柄等） |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 連絡した関係機関・日時等 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

**○事故後の対応・再発防止策**

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者の現在の状況・見通し（病状・入院の  有無等） |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 事故原因・  原因の分析 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 今後の  予防対策 |  |
|  |
|  |
|  |