

事故発生報告書【死亡・重症・虐待（含む疑い）】（第1報）

↑該当項目を○で囲むこと

年 月 日

（あて先）可児市長

【発生（発見）時から 24 時間以内に報告】

法人名

施設名

施設長（代表者）名

事業所	サービス種類	記載者職・氏名			
	所在地	電話番号			
対象者	氏名	男・女			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）			
	要介護度	事業対象者・要支援（ ） 要介護（ ）	保険者名		
事故の概要	発生日時	年 月 日（ ） 午前・午後 時 分			
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日時： 年 月 日 時 分） <input type="checkbox"/> 虐待（疑いを含む） <input type="checkbox"/> 入院（入院日： 年 月 日 退院見込： 頃） <input type="checkbox"/> 入院外			
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故の原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 介護中の負荷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故の程度	<input type="checkbox"/> 骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼（部位： ） <input type="checkbox"/> 外傷（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故の発生状況	<input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他 （ ）			
	事故等の概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日時	対応状況		
対応概要	報告状況 (該当する項目のみ記入してください)	報告先	報告日時	報告先	報告日時
		医師	(/) :	市町村	(/) :
		管理者	(/) :	警察	(/) :
		担当ケアマネ	(/) :	その他	(/) :
	家族等	(/) :	()		
緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有（連絡日時 年 月 日 時 分） （搬送日時 年 月 日 時 分） （搬送先： ） （診断結果： ） <input type="checkbox"/> 無				
家族への説明	説明状況、内容				

		家族の意見、指摘等	
--	--	-----------	--