様式１

事　故　報　告　（速報）

|  |
| --- |
| **１　事業所の情報** |
| 法人名 |  |
| 施設(事業所)名 |  |
| 所在地 |  |
| サービス種別 | [ ] 特養　[ ] 老健　[ ] 介護療養病床　[ ] 介護医療院　[ ] 短期入所　[ ] 短期療養[ ] 通所介護　[ ] 通所リハ　[ ] 訪問介護　[ ] 訪問看護　[ ] 訪問リハ[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　：特定施設の指定　[ ] 有[ ] 無） |
| 報告者(職位・氏名) |  | 電話番号 |  |
| **２　対象利用者の情報** |
| 氏　　　名 |  | 年齢 |  | 性別 |  | 要介護度 |  |
| **３　事故の状況及び対応等** |
| 発生日時 | 令和　　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　　　時　　分 |
| 発生場所 | [ ] 居室（療養室）　[ ] 廊下　[ ] 食堂（共同生活室）　[ ] 機能訓練室　[ ] 浴室　[ ] トイレ　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　）　[ ] 不明 |
| 事故の種別 | [ ] 転倒　[ ] 転落　[ ] 窒息　[ ] 感染症の発生　[ ] 異食　[ ] 誤薬・落薬　[ ] 離設　[ ] 交通事故　[ ] 虐待(疑い)　 [ ] 利用者間トラブル　[ ] 職員の不祥事　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 発生状況 | [ ] 介助中　[ ] 利用者単独時　[ ] 職員の見守り下　[ ] その他(　　　　　　) |
| ケガ等の状況 | [ ] 骨折(ヒビを含む)　[ ] 切り傷・裂傷　[ ] 打撲・脱臼　[ ] 熱傷　[ ] 感染症（病名：　　　　　　　　　）[ ] その他（　　　　　　　　　） |
| (具体的症状) | (例:左足大腿骨頸部骨折、額を3cm裂傷し7針縫合、食べ物を喉に詰まらせ窒息等） |
| 報告時の対象利用者の状況 | [ ] バイタルサイン等の観察強化　[ ] 医療機関への受診を要するが生命に別条なし[ ] 意識不明　[ ] 死亡に至る可能性あり　[ ] 死亡 |
| 医療機関等の受診 | [ ] 受診済　　[ ] 受診予定　　[ ] 受診なし |
| 家族等とトラブルの状況(可能性を含む) | [ ] なし　　　[ ] あり(ありの場合の問題点) |
| その他連絡事項 | (事故に至る経緯、事故時の状況、事故後の経過等) |

**※この様式は事故発生を迅速に把握するためのものですので、事故発生後２日以内を目途に、報告してください。**