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。**