

事故・ひやりはっと 報告書

(いずれかに○をすること)

		記入者			記入年月日	年 月 日()	
事業所名				サービス種別			
利用者	(フリガナ) 氏名	年齢	被保険者番号				
	住所			電話番号	- -		
保険者	利用者の属する保険者名 (担当課・担当者名)			報告年月日	平成 年 月 日()		
	事業所所在地の保険者名 (担当課・担当者名)			報告年月日	平成 年 月 日()		
事故等の概要	日 時	平成 年 月 日() 時 分		(状況図)			
	発生場所						
	事故等の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()					
	対応窓口 (担当者)						
	事故等の内容 (具体的に)						
発見時の状況	第一発見者						
	発見時の状況	【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> リハ中 <input type="checkbox"/> レク中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他()】					
事故時の対応	応急処置の概要 (対応者・時間等を明確に)						
	治療等を行った医療機関等			診断結果			
	治療・処置内容						
対応	連絡した居宅介護支援事業者・関係機関			連絡日時	月 日() 時 分		
				連絡日時	月 日() 時 分		
				連絡日時	月 日() 時 分		
	家族等への説明状況						
	損害賠償の発生状況						

その後の経過	その後の経過	
	顛末（結果）	
再発（未然防止）のための取組み	事故等が発生した要因分析	
	再発（未然）防止のための改善策	
	改善策の実践状況	
（備考）		