様式第1号（第4条関係）

(表)

年　　　月　　　日

出雲市長　様

事故報告書（市提出用）

□第１報　　　　□第　　　報（途中経過）　　　　□最終報告

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １事業所の概要 | 法人名 |  | | 事業所番号 |  | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | サービスの種類 | □介護老人福祉施設  □介護老人保健施設  □特定施設入所者生活介護  □認知症対応型共同生活介護  □（看護）小規模多機能型居宅介護  □短期入所生活介護  □（地域密着型・認知症対応型）通所介護  □総合事業（通所・訪問）  □その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | |
| 報告者 | 氏名（　　　　　　　　　　　　）  職名（　　　　　　　　　　）  電話　　　　　－　　　　　－ | |
| ２利用者 | 氏名 |  | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性別・年齢 | 男　・　女　　（　　　　）歳 | | 認知症高齢者  日常生活自立度 | Ⅰ　Ⅱa Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　Ｍ | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 要介護区分 | 要支援 １・２ 　要介護 １・２・３・４・５　 事業対象者　 その他（　 　　 　　） | | | | | | | | | | | | |
| ３事故の概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日　午前・午後　　　　時　　　分ごろ　発生・発見 | | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | 居室　　食堂　　ホール　　廊下　　トイレ　　風呂・脱衣場　　玄関  機能訓練室　屋外(施設内)　　屋外(施設外)　　その他（　　　　　　　　）　不明 | | | | | | | | | | | | |
| 種別 | 転倒　 転落 　 誤嚥・窒息　　異食　 誤薬　 離設　 交通事故　 感染症  医療処置関連（チューブ除去等）その他（　　　　　　　　　　　　）　　不明 | | | | | | | | | | | | |
| 事故結果 | 死亡（　　　月　　　　日）　骨折　　打撲・捻挫　　切傷・擦過傷 | | | | | | | | | | | | |
| 感染症　　肺炎・窒息　　様子観察　　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 内容 |  | | | | | | | | | | | | |
| 原因 | （直接事故に結びついたと考えられる要因）  ※裏面に事故の対応及び今後の事故防止策の記載欄あり。 | | | | | | | | | | | | |
| ４事故発生時の対応 | 対処  仕方 | (裏) | | | | | | | | | | | | |
| 治療した  医療機関 | 受診状況 | 月　　　日　午前・午後　　　時　　　分ごろ  □往診　　□通院　　□入院　　□その他（　　　　　　　）  医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　／電話番号　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 診断内容  治療概要 |  | | | | | | | | | | | |
| 家族への  連絡・  説明状況 | 月　　日　　時　　分ごろ  □電話　□訪問（訪問者　　　　　　　　　）□文書  説明を受けた方（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □了承済　　　□不納得 | | | | | | | | | | | | |
| 連絡した  関係機関 | □他の自治体（自治体名　　　　　　　　　）  □警察　（警察署名　　　　　　　　／　　　　月　　　日　　　　時ごろ）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ５事故後の対応 | 利用者の  状況 |  | | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償  の状況 | □有　（完結・継続）　　　　　□その他（見舞金等　　　　　　　　　）  　□無 | | | | | | | | | | | | |
| ６  再発防止に  向けての取組 | |  | | | | | | | | | | | | |