

事故報告書（事業者→郡山市）

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報
 第__報
 最終報告

提出日：令和7年1月〇日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2事業所の概要	法人名	株式会社 ○○○○										
	事業所(施設)名	デイサービスセンター○○○○						事業所番号	077030○○○			
	サービス種別	通所介護										
	所在地	郡山市△△町△番△号										
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	郡山 花子 (こおりやま はなこ)			年齢	85		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	2020	年	4	月	1	日	保険者			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他(郡山市△△町◇◇番◇◇号)										
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立									
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4事故の概要	発生日時	西暦	2024	年	12	月	20	日	14	時	0	分頃(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input checked="" type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他()										
	事故の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 感染症(コロナ、結核等)、食中毒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 移乗、介助時の事故 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 徘徊、行方不明、離脱										
	発生時状況、事故内容の詳細	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※事故の概要として、事故時の状況や経緯等を具体的に記載してください。 </div>										
	その他 特記すべき事項											
5事故発生時の対応	発生時の対応	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※事故発生時に取った対応を具体的に記載してください。 </div>										
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input checked="" type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他()										
	受診先	医療機関名	○○○病院				連絡先(電話番号)	111-1111				
	診断名	左大腿骨頸部骨折										
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 左大腿骨頸部) <input type="checkbox"/> その他()										
検査、処置等の概要	※治療の概要を記載してください。											

