|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告先  様式1 | | 福島市 | | | | | | | 報告年月日 | | | | 令和　　 年　 　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| １事故  の状況 | 事故状況の  程度 | □受信（外来・往診）、  自施設で応急処置 | | | | | | | | □入院 | | □死亡 | | | | | | | | □その他  （　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 死亡に至った場合 | 死亡年月日 | | | | 年　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２事業所の概要 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | |  | | | |
| サービス種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ 対象者 | 氏名・年齢・性別 |  |  | | | | | | | | 年齢 | | | | |  | | | | | | | 性別 | | | | □男性  □女性 |
| サービス提供開始日 | 年　　　　　月　　　　　日～ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者 | | | |  | | |
| 住所 | □ 事業所所在地と同じ | | | | | | | □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体状況 | 介護度 | | | | 支１　　支２　　介１　　介２　　介３　　介４　　介５　　自立 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者  日常生活自立度 | | | Ⅰ　　　Ⅱa　 　Ⅱb　　 Ⅲa　　 Ⅲb　　 Ⅳ　 　 Ⅿ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４ 事故の概要 | 発生日時 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　時　　　　分頃　（24時間表記） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | □居宅（個室） | | | | □居室（多床室） | | | | | | | □トイレ | | | | | | | | | | | □廊下 | | | |
| □食堂等共用部 | | | | □浴室・脱衣室 | | | | | | | □機能訓練室 | | | | | | | | | | | □施設敷地内の建物外 | | | |
| □敷地外 | | | | □その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の種別 | □転倒 | | | | | □異食 | | | | | | | | | | | □不明 | | | | | | | | | |
| □転落 | | | | | □誤薬、与薬もれ等 | | | | | | | | | | | | □その他（　　 　　　　　　） | | | | | | | | |
| □誤嚥・窒息 | | | | | □医療処置関連（チューブ抜去等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生時の状況、  事故内容の詳細 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診方法 | □施設内の医師 | | | | | | | □受信 | | | | | □救急搬送 | | | | | | | | | | | | □その他 | |
| （配置医含む）が対応 | | | | | | | （外来・往診） | | | | | （　　　　　） | |
| 受診先 | 医療機関名 | |  | | | | | | | | | | | | | 連絡先  （電話番号） | | | | | | | | |  | |
| 診断名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断内容 | □切傷・擦過傷 | | | | | | □打撲・捻挫・脱臼 | | | | | | | □骨折（部位：　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査、処置等の概要 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６ 事故発生後の状況 | 利用者の状況 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の等への  報告 | ※いつ、だれが、だれに報告したのか記載してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡した  関係機関（連絡した場合） | □他の自治体  自治体名（　　　　 ） | | | | | | | □警察  警察署名（　 　　　　） | | | | | | | | | | | | | □その他  名称（　　　　 　） | | | | | |
| 本人、家族、  関係先等への  追加対応予定 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７ 事故の原因分析  （本人要因、職員要因、環境要因の分析） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ８ 再発防止策  （手順変更、環境変更、  その他の対応、  再発防止策の評価時期  および結果等） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ９その他・特記すべき事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【注意】

１ 事故発生後速やかに、事業所（施設）名・報告者職氏名・利用者氏名・発生日時・事故種別を電話又は文書で報告してください。

２ 記載にあたっては、要点をまとめてください。　３ 記載しきれない時は、任意の用紙に記載し添付してください。

【報告先】

〒960-8601　福島市五老内町３番１号

福島市役所 健康福祉部 介護保険課 介護給付係　TEL（直通）024-525-6587