

事故報告書（事業者→熊本市）

※第1報（電話での第一報を除く）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：西暦 年 月 日

※電話での第一報を除く

1事故状況	事故状況の程度	☐ 受診(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	西暦		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	氏名					年齢			性別：	☐ 男性 ☐ 女性							
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者									
	住所	☐ 事業所所在地 ☐ その他（ ）																
	身体状況	要介護度			☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐													
					要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 自立													
		認知症高齢者 日常生活自立度			☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐													
	Ⅰ Ⅱ a Ⅱ b Ⅲ a Ⅲ b Ⅳ M																	
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃（24時間表記）						
	発生場所	☐ 居室（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）															
5事故発生時の対応	発生時状況、事故内容の詳細																	
	その他 特記すべき事項																	
	発生時の対応																	
	受診方法	☐ 施設内の医師 (配置医含む)が対応			☐ 受診 (外来・往診)			☐ 救急搬送			☐ その他（ ）							
	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																	

