**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 | □死亡　□転倒・転落　□急病　□誤嚥・誤飲□食中毒　□感染症　□暴力行為　□行方不明□事業所の事故（火災等）　□交通事故□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 | 【□介護中　　□リハ中　　□レク中　　□食事中　　□移動中　　□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 |  |
| 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 |  |
| 顚末（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） |