**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） | | |