

事故報告書（兼 ひやりはっとレポート）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------------|--|---------------------------------|----|-----------------------------|--|
| 報告年月日 | 年 | 月 | 日 | ユニット名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 報告者 | 職名 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生日時 | 年 | 月 | 日 () | 午前/午後 時 分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者氏名 | 年齢 才 男・女 要介護度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活自立度 | 障害者人 | <input type="checkbox"/> J-1 | <input type="checkbox"/> J-2 | <input type="checkbox"/> A-1 | <input type="checkbox"/> A-2 | <input type="checkbox"/> B-1 | <input type="checkbox"/> B-2 | <input type="checkbox"/> C-1 | <input type="checkbox"/> C-2 | | | | | | | | | | | |
| | 認知症 | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> IIa | <input type="checkbox"/> IIb | <input type="checkbox"/> IIIa | <input type="checkbox"/> IIIb | <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> M | | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 | | <input type="checkbox"/> 転落 | | <input type="checkbox"/> 外傷 | | <input type="checkbox"/> 衝突 | | <input type="checkbox"/> 熱傷 | | <input type="checkbox"/> 誤嚥 | | <input type="checkbox"/> 異食 | | <input type="checkbox"/> 自傷 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 利用者同士のトラブル | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 行方不明 | | <input type="checkbox"/> 感染症 | | <input type="checkbox"/> 誤薬 | |
| | その他 () | | | | | | | | | | | | | | 【 <input type="checkbox"/> 介助中 | | <input type="checkbox"/> 自立動作中】 | | | |
| 事故前の状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生状況 (発見した時の状況) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 応急処置の内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診状況及び 診断内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族への連絡 | 日時 | 月 | 日 | 時頃 | (連絡者 | | | | | | | | | | | | | 備考 |) | |
| 事故が起きた原因 ↓ それぞれの要因 | ①本人要因～ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ②介護者要因～ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③環境要因～ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再発防止策 (具体的に) | 協議日時 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| カンファレンスで の検討内容 | カンファレンス日時 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |