

事故報告書（兼 ひやりはっとレポート）

（有）花縁

報告年月日 年 月 日

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	障害老人	<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				
応急処置の内容				受傷部位
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 ）			
	家族氏名 （ご本人との関係 ）			
事故原因				
チェック	本人要因⇒ <input type="checkbox"/> 生活動作 <input type="checkbox"/> 低血圧・低血糖・脱水 <input type="checkbox"/> 薬物処方状況 <input type="checkbox"/> 機能低下 介護者要因⇒ <input type="checkbox"/> 介助動作 <input type="checkbox"/> 介護手順 <input type="checkbox"/> 動作意思確認 <input type="checkbox"/> アセスメント不足 環境要因⇒ <input type="checkbox"/> 動作環境 <input type="checkbox"/> 設備・用具の不備			
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			
サイン欄				

