

事故報告書(事業所→福井市)

《記入例(感染症・食中毒)》

(別紙1)

※第1報は、事故発生後、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

提出する日付を西暦で入力

提出日： 2025年5月1日

☒ 第1報 ☐ 第__報

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	〇〇法人 〇〇会									
	事業所(施設)名	特別養護老人ホーム 〇〇苑						事業所番号	1870000000		
	サービス種別	認知症対応型共同生活介護				提出者氏名	介護 二郎		電話番号	0776-20-5715	
	所在地	☒ 福井市内 ☐ 福井市外 ()									
3 対 象 者	氏名・年齢	氏名	別紙のとおり			年齢		被保険者 番号		☐ 主	
	被保険者番号・性別										
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	被保険者		
	住所	☒ 事業所所在地と同じ ☐ 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 事業対象者							
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2025	年	4	月	29	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 ☐ 誤薬・与薬もれ等 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 転落 ☐ 医療処置関連(チューブ抜去等) ☐ 不明 ☐ 誤嚥・窒息 ☐ 食中毒 ☐ その他 () ☐ 異食 ☒ 感染症(新型コロナウイルス)									
	発生時状況、事故内容の詳細	()内に感染症名を入力									
	その他 特記すべき事項										

5 事 故 発 生 時 の 対 応	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										
6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況										
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	☐ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ その他 ()								
		報告年月日	西暦		年		月		日		
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ その他 自治体名 () 警察署名 () 名称 ()									
本人、家族、関係先等 への追加対応予定											
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)		(できるだけ具体的に記載すること)									
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)		(できるだけ具体的に記載すること)									
9 その他 特記すべき事項											