

事故報告書(事業所→福井市)

<<記入例>>

(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	介護老人福祉施設				提出者氏名		介護 一郎		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 被保険者番号・性別	氏名	介護 花子			年齢	85	被保険者 番号	20100000000		性別	☐ 男性 ☒ 女性	
	サービス提供開始日	西暦	2023	年	11	月	1	日	保険者	福井市			
	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									
		認知症高齢者 日常生活自立度		☐ I ☒ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M									
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2025	年	4	月	30	日	21	時	15	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 ()										
			発生時状況、事故内容の詳細	利用者の居室から大きな音がしたため職員が駆け付けると、利用者が居室内のベッド下の床に右側を下に横たわった状態でいるのを発見した。ベッド付近に置いてあった椅子も倒れている状態。衣服内に失禁あり。意識ははっきりとしていて、声掛けには反応があり、右大腿部を痛がるためベット臨床させた。本人は「トイレに行こうとして、ベットから落ちた」と言う。寝た状態からベッドに手をつき起き上がろうとして、滑って落ちた様子。									
	その他 特記すべき事項		これまでに歩行時にふらついていたが、ベットからの転倒はなかった。										

