

# 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 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 日		年 月 日( )					
		事業所所在地の保険者名 (担当課・担当者名)				報 告 日		年 月 日( )					
事 故 等 の 概 要	日 時	年 月 日( ) 時		(状況図)									
	発 生 場 所												
	事故等の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 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	【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> リハ中 <input type="checkbox"/> レク中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> 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		年 月 日( ) 時 分					
						連絡日時		年 月 日( ) 時 分					
						連絡日時		年 月 日( ) 時 分					
家 族 等 へ の 説 明 状 況													
	損害賠償 の発生状況												

裏面のその後の経過、再発防止の取り組みも必ず記入すること。

その後の経過	その後の経過	
	顛末（結果）	
再発（未然防止）のための取り組み	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）		