

理事長	管理責任者

# ヒヤリハット報告書

(施設名：介護老人保健施設リリックケアセンター)

現象発生部門		現象発生場所	
現象発生日時	年 月 日 ( )	過去類似事例	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

対象者氏名		現象発見状況	<input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独
現象の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> 介助負荷 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 援助技術 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 法令違反 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
予測不適合	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 死亡 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 剥離 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 不祥事 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
現象内容詳細			記載者印

原因の特定 (主要因：●)	<input type="checkbox"/> 職員 :	記載者印
	<input type="checkbox"/> 方法 :	
	<input type="checkbox"/> 設備 :	
	<input type="checkbox"/> 材料 :	
	<input type="checkbox"/> 環境 :	

予防処置の必要性	<input type="checkbox"/> あり ( 下記の <u>予防処置計画欄</u> に記入 ) <input type="checkbox"/> なし
----------	--



予防処置計画	関係原因	実施日	誰が	いつ	何を	どうする	計画者
							計画者印

計画妥当性確認	年 月 日 <input type="checkbox"/> 妥当である <input type="checkbox"/> 計画見直しが必要	品質保証室
レビュー予定日	年 月 日	実施方法

レビュー実施日	年 月 日	レビュー実施者	
レビュー内容		理事長	管理責任者 品質保証室長 施設長

予防処置の再検討必要性	<input type="checkbox"/> あり ( 再度ヒヤリハット報告を作成 ) <input type="checkbox"/> なし ( レビュー承認後、所定のファイルにて保管 )
-------------	---

※初回の予防処置計画作成後、速やかに回覧すること。

※予防処置計画は各部門内において全職員確認すること。

品質保証	施設長	リハビリ	介護	看護	相談	栄養	調理