

理事長	管理責任者

事故報告書

(施設名：介護老人保健施設リリクケアセンター)

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

対象者氏名		事故発見状況	<input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独
事故の原因	<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 ()		
事故の種別	<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 ()		
事故内容詳細			記載者印

家族への連絡	<input type="checkbox"/> あり (連絡先： 電話番号：) <input type="checkbox"/> なし
即時処置内容	<input type="checkbox"/> 緊急処置 <input type="checkbox"/> 通常処置 <input type="checkbox"/> 処置の必要なし <input type="checkbox"/> 病院受診 ()
処置内容詳細	
	記載者印

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

再発防止の必要性	<input type="checkbox"/> あり (下記の再発防止計画欄に記入) <input type="checkbox"/> なし
----------	---



再発防止計画	関係原因	実施日	誰が	いつ	何を	どうする	計画者
							計画者印

レビュー予定日	年 月 日	実施方法	
---------	-------	------	--

