

事故報告書（事業者→浜松市）

（別紙）

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも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

☐ 第1報
 ☐ 第 報
 ☐ 最終報告

提出日： 年 月 日

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											
	事業所（施設）名								事業所番号			
	サービス種別											
	所在地											
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別	☐ 男性 ☐ 女性		
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者		被保険者番号	
	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 ☐ 自立								
		認知症高齢者 日常生活自立度		☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M								
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦		年		月		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 ☐ （自由記載3）										
☐ 転落 ☐ 医療処置関連（チューブ抜去等） ☐ 不明												
☐ 誤嚥・窒息 ☐ （自由記載1） ☐ その他（ ）												
☐ 異食 ☐ （自由記載2）												
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												

