

事務局側受付欄			
第1報 受付日時	年	月	日
No.			

提出日：西暦	年	月	日
※(前回報告年月日)	年	月	日

※最終報告のみもしくは経過報告の場合は、前回報告年月日を記入すること。

板橋区長様

## 事故報告書

※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報と最終報告を兼ねる案件は、第1報と最終報告の両方を☑すること。

 第1報
  第\_\_\_\_報
  最終報告

※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

1 事業所情報			
法人名			
事業所（施設）名		事業所番号	
サービス種別		電話番号	
所在地	管理者名		
	記載者名		

2 利用者情報									
※日常生活自立度は別シートをご参照ください。									
氏名・年齢・性別	氏名		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性		
サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者	
住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ								
身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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	
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		I	II a	II b	III a	III b	IV	M	自立
	過去の病歴・疾患等								

3 事故状況									
事故状況	<input type="checkbox"/> 医療機関受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )								
死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日		

4 事故概要									
発生日時	西暦		年		月		日	時	分頃(24時間表記)
発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室または多床室) <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他( )								
	↓↓↓発生場所の詳細を下記に記載(例)ベッド脇、廊下、トイレ、浴室、機能訓練室↓↓↓								
事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> その他( )								
発生時状況 事故内容の詳細									
その他 特記すべき事項									

