第1号様式（第5条関係）

事故報告書　（事業者→伊勢原市）

※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：

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	伊勢原市												
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					
	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	☐ Ⅱa	☐ Ⅱb	☐ Ⅲa	☐ Ⅲb	☐ 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	☐ 異食	☐ 不明										
		☐ 転落	☐ 誤薬、与薬もれ等	☐ その他（　　）										
		☐ 誤嚥･窒息	☐ 医療処置関連(チューブ抜去等)											
	発生時状況、事故内容の詳細													
	その他 特記すべき事項													
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													

裏面あり

<table>
<tr><td rowspan="5">6
事故発生後の状況</td><td>利用者の状況</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">家族等への報告</td><td>報告した家族等の続柄</td><td colspan="7">□ 配偶者　　□ 子、子の配偶者　　□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>報告年月日</td><td>西暦</td><td></td><td>年</td><td></td><td>月</td><td></td><td>日</td><td></td></tr>
<tr><td>連絡した関係機関
（連絡した場合のみ）</td><td colspan="8">□ 他の自治体　　□ 警察　　□ その他
自治体名（　　）　　警察署名（　　）　　名称（　　）</td></tr>
<tr><td>本人、家族、関係先等への追加対応予定</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">7 事故の原因分析
（本人要因、職員要因、環境要因の分析）</td><td colspan="8">（できるだけ具体的に記載すること）</td></tr>
<tr><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">8 再発防止策
（手順変更、環境変更、その他の対応、
再発防止策の評価時期および結果等）</td><td colspan="8">（できるだけ具体的に記載すること）</td></tr>
<tr><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2">9 その他
特記すべき事項</td><td colspan="8"></td></tr>
</table>