

事故・ひやりはっと 報告書 (いずれかに○をすること)

	記入者		記入日	年 月 日()
事業所名			サービス種別	
利用者	(フリガナ)氏名	年齢	被保険者番号	
	住所	電話番号		- -
保険者	利用者の属する保険者名 (担当課・担当者名)		報告日	年 月 日 ()
	事業所所在地の保険者名 (担当課・担当者名)		報告日	年 月 日 ()
事故等の概要	日時	年 月 日() 時 分		(状況図)
	発生場所			
	事故等の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	対応窓口 (担当者)			
	事故等の内容 (具体的に)			
発見時の状況	第一発見者			
	発見時の状況	【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> リハ中 <input type="checkbox"/> レク中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他()】		
事故時の対応	応急処置の概要 (対応者・時間等を明確に)			
	治療等を行った医療機関等	診断結果		
	治療・処置内容			
対応	連絡した居宅介護支援事業者・関係機関	連絡日時	年 月 日() 時 分	
		連絡日時	年 月 日() 時 分	
		連絡日時	年 月 日() 時	

				分	
		家族等への説明状況			
		損害賠償の発生状況			
その後の経過	その後の経過	裏面のその後の経過、再発防止の取り組みも必ず記入すること。			
	顛末（結果）				
再発（未然防止）のための取り組み	事故等が発生した要因分析				
	再発（未然）防止のための改善策				
	改善策の実践状況				

(備 考)