

事故報告書

(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：2025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	株式会社●●											
	事業所(施設)名	●●ホーム							事業所番号				
	サービス種別	有料老人ホーム											
	所在地	太田市●●町1-1-1											
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	●● ●●			年齢	85		性別	☐ 男性 ☒ 女性			
	サービス提供開始日	西暦	2025		年	●	月	●	日	保険者	太田市		
	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									
4事故の概要		認知症高齢者 日常生活自立度		☐ I ☐ II a ☐ II b ☒ III a ☐ III b ☐ IV ☒ M									
	発生日時	西暦	2025		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)											
	発生時状況、事故内容の詳細	食堂にて昼食後、居室に帰る際に、食堂機の脚に接触し、車椅子より転倒した。											
	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	転倒時、右腕を強く打ち、本人より強い痛みの訴えがあったため、職員が付き添って医療機関を受診。											
	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	●●病院				連絡先(電話番号)	●●●●-●●-●●●●					
	診断名	右上腕部骨折											
	診断内容	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☒ 骨折(部位: 右上腕部) ☐ その他 ()											
	検査、処置等の概要	入院となる。											

