

事故発生報告書【死亡・重症・虐待（含む疑い）】（第1報）

該当項目を○で囲むこと

年 月 日

様

【発生（発見）時から24時間以内に報告】

法人名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設長（代表者）名 \_\_\_\_\_

事業所	所在地	記載者職・氏名			
		電話番号			
対象者	氏名	男・女			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）			
	実施機関	事務所			
事故の概要	発生日時	年 月 日（ ） 午前・午後 時 分			
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日時： 年 月 日 時 分） <input type="checkbox"/> 虐待（疑いを含む） <input type="checkbox"/> 入院（入院日： 年 月 日 退院見込： 頃） <input type="checkbox"/> 入院外			
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故の原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故の程度	<input type="checkbox"/> 骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼（部位： ） <input type="checkbox"/> 外傷（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故の発生状況	<input type="checkbox"/> 入所者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故等の概要  (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日時	対応状況		
対応概要	報告状況 (該当する項目のみ記入してください)	報告先	報告日時	報告先	報告日時
		管理者	( / ) :	市町村	( / ) :
		実施機関	( / ) :	警察	( / ) :
		家族等	( / ) :	その他( )	( / ) :
		( / ) :			
緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有（連絡日時 年 月 日 時 分） （搬送日時 年 月 日 時 分） （搬送先： ） （診断結果： ） <input type="checkbox"/> 無				
家族への説明	説明状況、内容				
	家族の意見、指摘等				

事故発生報告書【死亡・重症・虐待（含む疑い）】（第2報）

\_\_\_\_\_様 該当項目を○で囲むこと \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

法人名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設長（代表者）名 \_\_\_\_\_

事業所	所在地	記載者職・氏名		
		電話番号		
対象者	氏名	男・女		
	発生日時	年 月 日 ( )	午前・午後	時 分
	第1報報告日	年 月 日 ( )	午前・午後	時 分
事故対応	入所者の状況			
	家族への対応			
	損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む）	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未定
再発防止策	事故の原因			
	入所者個人への対応			
	事業所全体での対応策			

\* 発生後、1週間以内に第2報を報告すること。

\* 事故防止委員会の議事録を添付すること。

事 故 等 発 生 報 告 書

年 月 日

様

法人名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設長（代表者）名 \_\_\_\_\_

事業所	所在地	記載者職・氏名			
		電話番号			
対象者	氏名	男・女			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
	実施機関	事務所			
事故概要	発生日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分			
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 入院 (入院日: 年 月 日 退院見込: 頃) <input type="checkbox"/> 入院外			
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	事故の原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	事故の程度	<input type="checkbox"/> 骨折 (部位: ) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 (部位: ) <input type="checkbox"/> 外傷 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	事故の発生状況	<input type="checkbox"/> 入所者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	事故等の概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日時	対応状況		
対応概要	報告状況 (該当する項目のみ記入してください)	報告先	報告日時	報告先	報告日時
		管理者	( / ) :	市町村	( / ) :
		実施機関	( / ) :	警察	( / ) :
		家族等	( / ) :	その他 ( )	( / ) :
		( / ) :			
	緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有 (連絡日時 年 月 日 時 分 ) (搬送日時 年 月 日 時 分 ) (搬送先: ) (診断結果: ) <input type="checkbox"/> 無			
家族への説明	説明状況、内容				
	家族の意見、指摘等				
再発防止策					
今後の対応予定					
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有 (予定を含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定				

火災発生報告書（総括表）

年 月 日

様

法人名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設長（代表者）名 \_\_\_\_\_

事業所	所在地	記載者職・氏名		
		電話番号		
事業概要	発生日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分		
	出火場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	出火原因			
	死傷者の状況	・死者	人	
		・負傷者	入院	人
			入院外	人
		その他	人	
	概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日時	対応状況	
再発防止策				
今後の対応予定				
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定			

火災報告書（個票）

年 月 日

様

法人名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設長（代表者）名 \_\_\_\_\_

事業所	所在地	記載者職・氏名	
		電話番号	
対象者	氏名	男・女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）	
	実施機関		
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 入院（入院日： 年 月 日 退院見込： 頃） <input type="checkbox"/> 入院外	
	負傷の程度		
	緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有（連絡日時 年 月 日 時 分） （搬送日時 年 月 日 時 分） （搬送先：                      ） （診断結果：                      ） <input type="checkbox"/> 無	
	市町村への報告	報告日時	（ / ） :
	家族への説明	報告日時	（ / ） :
		説明状況、内容	
		家族の意見、指摘等	
今後の対応予定			
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定		

入所者の行方不明に係る報告書【発生・発見】

該当項目を○で囲むこと

年 月 日

様

法人名 \_\_\_\_\_  
 施設名 \_\_\_\_\_  
 施設長（代表者）名 \_\_\_\_\_

事業所	所在地	記載者職・氏名			
		電話番号			
対象者	氏名	男・女			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
	実施機関				
事案概要	発生日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分			
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 発見 (日時: _____ 場所: _____) <input type="checkbox"/> 捜索中			
	発見後の状況	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 入院 (入院日: 年 月 日 退院見込: 頃) <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 治療の必要性なし			
	負傷の程度	<input type="checkbox"/> 骨折 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 外傷 ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
	死亡・負傷の原因				
	概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日時	対応状況		
対応概要	報告状況 (該当する項目のみ記入してください)	報告先	報告日時	報告先	報告日時
		管理者	( / ) :	市町村	( / ) :
		実施機関	( / ) :	警察	( / ) :
		家族等	( / ) :	消防	( / ) :
		( / ) :	その他 ( )	( / ) :	
緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有 (連絡日時 年 月 日 時 分 ) (搬送日時 年 月 日 時 分 ) (搬送先: _____) (診断結果: _____) <input type="checkbox"/> 無				
家族への説明	説明状況、内容				
	家族の意見、指摘等				
再発防止策					
今後の対応予定					
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有 (予定を含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定				