

事故報告書（事業者→二戸地区広域行政事務組合／振興局保健福祉環境部・保健福祉センター）

コロナ報告例

※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

※黄色セルを記入

☐ 第1報

☐ 第\_\_報

☒ 最終報告

提出日：西暦2022年8月〇日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置										<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 死亡		<input checked="" type="checkbox"/> その他（コロナ感染報告）		
	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	●●法人 二戸広域																
	事業所（施設）名	地域密着型特別養護老人ホーム 二戸広域										事業所番号		0300000000				
	サービス種別	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護																
	所在地	岩手県二戸市下斗米字細越20番地1																
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			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						
	住所																	
	身体状況	3対象者について、コロナ感染者の報告においては個人に係る情報の記載は不要とします。																
	日常生活自立度				I	II a		II b		III a		III b		IV		Ⅴ		
4事故の概要	発生日時	西暦	2022		年	8		月	1		日	9		時	0		分頃（24時間表記）	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室（個室）		<input type="checkbox"/> 居室（多床室）				<input type="checkbox"/> トイレ				<input type="checkbox"/> 廊下						
		<input type="checkbox"/> 食堂等共用部		<input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室				<input type="checkbox"/> 機能訓練室				<input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外						
		<input type="checkbox"/> 敷地外		<input checked="" type="checkbox"/> その他（施設内）														
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒		<input type="checkbox"/> 異食				<input type="checkbox"/> 不明										
<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等				<input checked="" type="checkbox"/> その他（新型コロナウイルス感染症）												
<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息		<input type="checkbox"/> 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	8/1 利用者1名 感染確認 8/2 新たに利用者1名、職員1名の感染を確認（累計 利用者2名、職員1名）																	
	いつ、利用者と職員が何名感染したかわかるように記入すること。 ※感染者が複数おり、スペースが足りない場合は別紙（任意様式）にまとめて提出することも可。																	
5事故発生時の対応	発生時の対応	8/1 利用者1名に発熱症状あり。抗原検査を実施したところ陽性反応であったため、保健所へ連絡。 8/2 全職員、利用者に抗原検査を実施。新たに利用者1名、職員1名に陽性反応を確認。																
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応																
		<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)																
		<input type="checkbox"/> 救急搬送																
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷		<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼				<input type="checkbox"/> 骨折(部位： )											
	<input type="checkbox"/> その他（ ）																	
検査、処置等の概要																		

