

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------|---|--|------|---|-----------|--------------|---|---|
| 5 事故発生時の対応 | 発生時の対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・窒息事故発見時にマニュアル通りの処置と緊急搬送要請。 ・家族へは緊急搬送要請時に連絡済。 | | | | | | | |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| | 受診先 | 医療機関名 | ●●病院 | | | 連絡先(電話番号) | 048-***-**** | | |
| | 診断名 | 窒息 | | | | | | | |
| | 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: 右足大腿骨) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| | 検査、処置等の概要 | | | | | | | | |
| 6 事故発生後の状況 | 利用者の状況 | 食事は自力摂取であり、嚥下状態も悪くなかったが、当日は傾眠気味であった。 | | | | | | | |
| | 家族等への報告 | 報告した家族等の続柄 | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| | | 報告年月日 | 西暦 | 2024 | 年 | 3 | 月 | 2 | 日 |
| | 連絡した関係機関(連絡した場合のみ) | <input type="checkbox"/> 他の自治体 <input checked="" type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名() 警察署名(△△警察署) 名称() | | | | | | | |
| 本人、家族、関係先等への追加対応予定 | | | | | | | | | |
| 7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析) | (できるだけ具体的に記載すること) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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) | (できるだけ具体的に記載すること) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 9 その他 特記すべき事項 | | | | | | | | | |