

アクシデントレポート

施設長	ケアマネ	主任	看護師

報告日 平成 年 月 日

利用者名		要介護度		生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
移動手段	1. 独歩 2. 杖 3. 歩行器 4. シルバーカー 5. 車椅子 6. その他()								
発生日時	平成 年 月 日 曜日 時 分頃								
事故の種類	1. 転倒 2. 転落 3. 誤薬 4. 表皮剥離 5. 誤嚥 6. その他()								
発生場所									
外傷の種類									
事故発生状況・処置									
原因及び原因と思われる要因									
今後の改善策 (カンファレンスで検討)									
家族への対応	平成 年 月 日 時 分頃 (電話・面談)								

報告者 _____