

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

フリガナ										
本人氏名	●●●●●● 様	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	要介護 2	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
報告者	●●●●	91 歳		発生(発見)日時	平成26年10月08日(水) 19:10 分頃					
場所	<input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点フロア <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
状況	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> その他(尻餅)									
症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
対応	<input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 床から立ち上がる際、職員2名介助にて立ち上がって頂く。その後は職員付き添いながら、ベッド柵を掴み伝い歩きして頂きベッドに横になって頂く。									
バイタルサイン	体温	36.5 °C	血圧	140 / 69 mmHg	脈拍	102 回/分	SP02	%	計測時間	19:20
要因・原因	<input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題 <input checked="" type="checkbox"/> その他(本人が靴を履いていない・ズボンを上げきらずに動いたことによる)									
事故防止対策	・トイレ後やお部屋から出て来られた際に、靴を履いているか、ズボンがちゃんと上がっているかを確認し、出来ていないときは直して頂くよう本人に促し、日常から意識していただく様働きかける。									
家族への説明	加ワックスの必要性について		<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要							
	年 月 日 ( )	説明方法	<input type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話		説明職員					
家族氏名						続柄				
ご家族様の希望により、「本人に大きな影響ない限り連絡しなくても大丈夫です」との事で家族連絡せず。										