

<h1>事故報告書</h1>	施設長	施設長補佐	援助課長	医務課長	相談員	係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

フリガナ	●●●●	男 <input checked="" type="radio"/> 女	要介護3	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
本人氏名	●●●●様	92歳								
報告者	●●●●	発生(発見)日時		平成25年09月07日(土) 14:30分頃						
場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 入浴時、右すねに5cmほど黄色く中心が少し赤みを帯びている変色を発見する。押すと「少し痛い」と言われる。腫れは見られていない。 9/7 16:30 援助課長へ口頭にて報告する。 9/9 13:05 施設長へ口頭にて報告する。 9/10 16:00 面会時、ご家族へ口頭にて報告、謝罪する。									
症状	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )					部位	右すね			
	5cmほど黄色く中心に少し赤みを帯びた変色。押すと少し痛みがある様子。									
対応	<input type="checkbox"/> 様子観察 <input checked="" 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 ( ) 入浴後、医務に連絡。腫れは見られていないため湿布を貼り様子を見るよう指示有り。									
バイタルサイン	体温	℃	血圧	/	mmHg	脈拍	回/分	SPO2	%	計測時間
要因・原因	<input type="checkbox"/> 見守り不足 <input checked="" 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 type="checkbox"/> その他 ( ) 日常적으로自分で動く事がほぼない事、また、変色箇所の赤みを帯びた位置が車椅子のフットレストを上げた際の位置と一致する為、車椅子からトイレまたはベッドへの移乗時にフットレストがぶつかったものと思われる。									
事故防止対策	移乗の際にはフットレストを両側に開き身体にぶつからないよう十分に注意する。 カファレスの必要性について <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要									
家族への説明	平成25年09月10日(火)		説明方法		<input checked="" type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話		説明職員		●●●副主任援助員	
	家族氏名		●●●●氏				続柄		長男	
面会時に足のすねが変色している事、また車椅子のフットレストがあたらないように介助するよう職員に周知し対応している事もあわせて説明し謝罪する。「よろしくお願ひします」と返答あり。										