

## 事故発生時チェックリスト

□特養 □ショート □その他( )


利用者・入居者名		年齢		性別	男	女
発生日時	月 日					
発生場所						
事故の種類	転倒 誤嚥 誤薬 その他( )					
発生状況 (事故に至る時間的経過・発生原因)	第一発見者( )					
緊急処置等 対応の経過						
病院受診の有無と 診断内容・今後の見込	1. 有( ) 2. 無					
	年 月 日 AM/PM 時 分 頃					
家族への連絡 (迅やかに)	連絡者名				誰に	
	内容					
事故防止対策の検討 (今後の改善策・ 問題点)	検討メンバー:					
備考						

※利用者の身体・精神的状態の詳細は今までどおりケア記録用紙に記録して下さい。