

## ヒヤリハット・アクシデント報告書

報告者氏名			
対象者氏名	様		
発生日時	西暦	年 月 日 曜日	午前・午後 時 分頃
発生場所	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> トイレ内 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
対象者の状況			
出来事の発生状況			
サービス提供責任者への報告	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
連携看護職員への連絡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
出来事への対応			
出来事が発生した背景・要因	人的要因 <input type="checkbox"/> 判断誤り <input type="checkbox"/> 知識誤り <input type="checkbox"/> 確認不十分 <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 思い込み <input type="checkbox"/> その他 ( ) 環境要因 <input type="checkbox"/> 不十分な照明 <input type="checkbox"/> 業務の中断 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 管理・システムの要因 <input type="checkbox"/> 連携(コミュニケーション)の不備 <input type="checkbox"/> 福祉機器の不具合 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
対策			

サービス提供責任者

印

管理者

印