

## ヒヤリハット報告書

報告日	令和 年 月 日 ( )					
報告者	事業所名	ID				
		氏名				
	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護			
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護			
	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
	<input type="checkbox"/> 基準該当サービス施設(短期入所)		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
対象者	氏名		性別	男 女	年齢	歳
	介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		
	障害自立度	自立 J A B C		認知症自立度	自立 I II III IV以上	
状況	発生日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分				
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣所 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	状況詳細					
	対応					
事故防止に向けての今後の取組						

管理者記入欄	ID	氏名				
状態	<input type="checkbox"/> 設備・環境の欠陥 <input type="checkbox"/> 手順・工程の欠陥 <input type="checkbox"/> ( )					
行動	<input type="checkbox"/> 点検の不足 <input type="checkbox"/> 行動の失敗 <input type="checkbox"/> 正規手順から逸脱 <input type="checkbox"/> 心身の不調 <input type="checkbox"/> トレーニングの不足 <input type="checkbox"/> 見落とし・錯誤 <input type="checkbox"/> ( )					
	原因		リスク見積	重度	中程度	軽度
		頻度	高(日常的に発生)			
			中(まれに発生)			
			低(極めて起こりにくい)			
対策						

備 考

確認印	部門長	所属長	担当者