

ヒヤリハット報告書

報告日	令和 年 月 日 ()				
報告者	自分が関わった	目撃・発見した	ID		
			氏名		
	<input type="checkbox"/> 医師 () 科 <input type="checkbox"/> 看護師 () 科 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 理学・作業療法 <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 管理部門 <input type="checkbox"/> 事務				
対象者	氏名			性別	男 女
	病名			年齢	歳
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"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 検査室 <input type="checkbox"/> 屋外・屋上 <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"/> 観察不足 <input type="checkbox"/> 検査の遅れ <input type="checkbox"/> 診断の遅れ <input type="checkbox"/> 技量不足 <input type="checkbox"/> 手術ミス <input type="checkbox"/> 連絡の不備 <input type="checkbox"/> 説明の不備 <input type="checkbox"/> ()					
	行動	<input type="checkbox"/> 思い込み <input type="checkbox"/> 確認不足 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 経験不足 <input type="checkbox"/> 患者状態の把握不足 <input type="checkbox"/> 与薬行為者の交代 <input type="checkbox"/> 患者・家族の教育不足 <input type="checkbox"/> 管理ミス <input type="checkbox"/> 医師指示ミス <input type="checkbox"/> ()				
原因				リスク見積	重度	中程度
			頻度	高(日常的に発生)		
				中(まれに発生)		
対策			低(極めて起こりにくい)			

備 考

確認印	部門長	所属長	担当者