

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 (男・女)							
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 ()							
出来事が発生した背景・要因	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 ()							
出来事が発生した背景・要因	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

㊞

管理者

㊞