|  |
| --- |
| 事故発生報告（状況確認チェックシート）様式９報告者（　　　　　　　　） |
| 発生時間 | 　令和　　　年　　　月　　　　日　　（時間　　　：　　　） |
| 対応者 |  |
| 患者人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 患者氏名 |  |
| 患者住所 |  |
| 性別／年齢 | （　男　・　女　）　／　　　　　　　歳 |
| 場所 | 施設名 |
| 住所 |
| 部屋名 |
| 発生の経緯 | 何をしたときどうしてこうなった発生状況をみていた人・住所（保険使用の場合、証人となることがあります。現場スタッフが見ていない場合に事故が起き、その発生を見ていた人がいれば記入）（名前：　　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 症状 | □血圧（　　　　／　　　　）□脈拍数（　　　　　／分） |
| 意識の有無 |  |
| 基礎疾患 |  |
| 現場で取った措置 | □血圧測定　　　　　　　　□脈拍測定□心肺蘇生（実施者　　　　　　　　 　　　）□AED（実施者　　　　　　　　　 　　　　）□１１９通報（通報時間　　 ： 　　到着時間　 　： 　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 物の破損 |  |
| 現在の状況 | 入院中・通院中・完治・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | □市への報告□家族への連絡□教室の継続判断・指示 |