

ヒヤリハット・アクシデント報告書（介護職員・指導看護師記入）

※指導看護師からの指示があった場合、あるいはご自身がヒヤリとしたことやハットとしたことがあった場合のすべてについてご記入下さい。

介護職員 受講番号		介護職員 氏名	
実地研修 施設名又は居宅		指導看護師 氏名	

発生日時	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"/> その他（具体的に _____）		
ご利用者	※実地研修 自己評価票に示すケアの利用者番号を記入。 番号 _____ 当日の状況 _____		
出来事の情報（1連のケアにつき1枚）			
ケアの種類	【たんの吸引】 ①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②部位 （ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ） 【経管栄養】 （ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 ）		
出来事の発生 STEP	<input type="checkbox"/> STEP 1 安全管理体制確保 <input type="checkbox"/> STEP 2 -上記「ケアの種類」② 部位の観察 <input type="checkbox"/> STEP 5 結果確認報告 <input type="checkbox"/> STEP 3 実施準備 <input type="checkbox"/> STEP 6 片付け <input type="checkbox"/> STEP 4 ケア実施 <input type="checkbox"/> STEP 7 評価記録		
第1発見者 （○は1つ）	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 指導看護師 <input type="checkbox"/> 指導看護師以外の看護職員	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 事務職員	<input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）
出来事の発生状況	※誰が、何を行っている際、何を、どのようにしたため、利用者はどうなりましたか。 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		
医師への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { <ul style="list-style-type: none"> 1. 自施設の医師（配置医） 2. （配置医以外の医師で）実施施設と契約・提携している医師 3. 利用者のかかりつけ医・主治医 4 その他（ _____ ） 		
看護職員への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { <ul style="list-style-type: none"> 1. 指導看護師 2. 指導看護師以外の看護職員 		
出来事への対応	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応しましたか。 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		

