

産後ケア事業事故等発生時報告様式

第 報

死亡事故 意識不明事故(どんな刺激にも反応しない状態に陥ったもの) 報告年月日 年 月 日
 治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故

・*は実施がある場合に記入してください。
 ・水色のセルはプルダウンより選択してください。

施設情報	施設名				施設設置者 (社名・法人名・自治体名等)				
	施設所在地				代表責任者				
	産後ケア事業管理者				利用者の総定員(産婦)		名		
	実施事業形態 (該当するものすべてに✓)	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型	<input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型	<input type="checkbox"/> 居宅訪問(アウトリーチ)型					
	* 直近の指導監査	年	月	日	緊急対応マニュアル等の有無				
	利用者居住市町村名				他受託市町村名				
利用者情報	母の年齢	歳	子どもの月齢	か月	日	子どもの性別	多胎児の場合は✓		
	利用開始月日	月	日	利用予定期間	泊	日	利用形態		
事故発生時の状況等	事故発生日時	年	月	日	時	分	受傷、発症または死亡した者	(その他の場合)	
	事故発生の経緯 ※別途任意様式での作成も可	(利用開始時からの健康状態、母子同室の有無を含む事故発生時の状況、事故発生後の処置を含め、可能な限り詳細に記入。第1報においては可能な範囲で記入し、第2報以降で追加等すること)							
	事故発生時の職員体制	産後ケア事業従事職員数	名	うち助産師・看護師・保健師	名				
	事故発生時該当者以外の利用者の人数	産婦	名、	児	名、	その他	()	名	
	施設で講じた再発防止策 ※別途任意様式での作成も可								
	病状・死因等 (既往歴)	【診断名】					(負傷の場合)受傷部位		
		【病状】 (症状の程度)							
【既往症】						事故の転帰			
特記事項									
市町村の対応等※	事故把握日時	年	月	日	時	緊急対応マニュアル等の有無			
	当該施設の事業継続状況					(休止の場合)期間			
	講じた再発防止策								
都道府県の対応等	都道府県としての対応								

※市町村の対応経過については、別添として任意様式で作成し、本報告と併せて提出をお願いします。

- ・ 報告は「事業者」⇒「委託元の市町村」⇒「委託元の市町村が所在する都道府県」を通じて国に報告してください。
 なお、上記の報告の流れは、事業者が、「委託元の市町村」が所在する都道府県以外に所在する場合についても同様となりますが、「委託元の市町村」から報告を受けた「委託元の市町村が所在する都道府県」は、国への報告と併せて、「事業者が所在する都道府県」への報告も行ってください。
 また、報告を受けた「事業者が所在する都道府県」は、「事業者が所在する市町村」への連絡及び必要に応じ助言、指導等適切な対応を行ってください。
- ・ 第1報は赤枠内について報告してください。第1報は原則事業発生日(遅くとも事業発生日翌日)、第2報は原則1か月以内程度に行うとともに、状況の変化や必要に応じて追加報告してください。
- ・ 発生時の状況等については、施設で記載できない部分については、「委託元の市町村」が適宜記載を補ってください。
- ・ 記載欄は適宜広げて記載してください。
- ・ 直近の指導監査の状況報告を添付してください。
- ・ 発生時の状況図(写真等を含む。)を添付してください。なお、ベビーベッド等の器具により事故が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。
- ・ 報告内容については、国の研究事業等で分析を行い、個人が特定されない形で公表される可能性があります。

市町村担当者

所属・役職

連絡先
(電話)

(E-mail)