

インシデント報告 下書きシート

※本紙は院内様式への転記前に使う下書き用です。

患者 ID	_____	発生日・時刻	_____
記入者	_____	発生場所	_____
患者区分・病棟/ 外来	_____	発生場面	_____

事実確認の最小セット（書き始める前に固定）

確認項目	チェック（確認できたら □ に✓）	メモ
発生区分	<input type="checkbox"/> ヒヤリハット <input type="checkbox"/> インシデント <input type="checkbox"/> 事故	_____
患者確認	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> リストバンド <input type="checkbox"/> 基本情報確認	_____
情報源	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> その場メモ	_____
共有先	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> リーダー <input type="checkbox"/> 委員会	_____

報告内容（事実→直後対応→背景→再発防止）

記入項目	記載のめやす	記入欄	補足メモ
発生状況	いつ・どこで・何が起きたか	_____	_____
直後対応	観察・処置・報告を簡潔に	_____	_____
患者要因	状態変化・理解・行動の要素	_____	_____
環境要因	床・靴・物品配置・人員など	_____	_____
手順・共有	介助量・説明・申し送り	_____	_____
再発防止	誰が・何を・いつまでに	_____	_____
共有先	医師・看護師・委員会など	_____	_____

自由メモ（経過・家族説明・委員会確認事項など）

