

日本医療機能評価機構 医療事故報告入力シート (平成24年改訂)

□内のチェック及び記入は全て赤字で行う。

I. 事故発生日時と事故の概要

Form for accident details including patient information, accident date, location, and description of the incident.

II. 当該事故に係る患者に関する情報

Form for patient information including name, age, sex, and medical history.

III. 当該事故に係る医療関係者に関する情報 ※当事者が2名以上の場合は、同項目を別紙に記入して提出のこと

Form for medical staff information including names, roles, and contact details.

IV. 発生場面・場所に関する情報

Main form for incident details, categorized into '発生場面' (Incident Scene) and '発生場所' (Incident Location).

| | | | | |
|----|----------------------------------|--|--|---|
| 16 | 事故の内容 医療器具、薬料、材料、消耗品 | <input type="checkbox"/> 患者間運送 <input type="checkbox"/> 部位取運 <input type="checkbox"/> 除菌剤、消毒薬等その他の取運 <input type="checkbox"/> 日誌の誤り <input type="checkbox"/> 取巻の誤り <input type="checkbox"/> 方法(手続)の誤り <input type="checkbox"/> 中止・延期 <input type="checkbox"/> 日程・時間の誤り <input type="checkbox"/> 患者の誤り <input type="checkbox"/> 診察・治療等その他の誤り <input type="checkbox"/> 不必要な行為の実施 <input type="checkbox"/> 患者の誤り <input type="checkbox"/> 患者の誤り <input type="checkbox"/> 患者の誤り <input type="checkbox"/> 取巻 <input type="checkbox"/> 取巻 <input type="checkbox"/> 取巻 <input type="checkbox"/> 取巻 | <input type="checkbox"/> 医療材料取運 <input type="checkbox"/> 医療器具取運 <input type="checkbox"/> 取巻の誤り <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 取巻の誤り <input type="checkbox"/> 取巻の誤り <input type="checkbox"/> 消毒薬・消毒薬の誤り <input type="checkbox"/> 取巻の誤り <input type="checkbox"/> 取巻の誤り <input type="checkbox"/> 取巻の誤り <input type="checkbox"/> 取巻の誤り | 販売名 () 製造年月 () 購入年月 () 最近の保守・点検年月 () |
| 17 | 発生場面 (医療器具(機器)の使用・管理に関する項目) | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 血液浄化装置 <input type="checkbox"/> 血液浄化装置 <input type="checkbox"/> 血液浄化装置 <input type="checkbox"/> 他種特殊吸引器 <input type="checkbox"/> 心電図・血圧モニター <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> その他の医療器具(機器)の使用・管理に関する項目 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 | <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 | 販売名 () 製造年月 () 購入年月 () 最近の保守・点検年月 () |
| 18 | 発生場面 (ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目) | <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル <input type="checkbox"/> 動脈カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル(NG・ED) <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目 <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン | <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル | 販売名 () 製造年月 () 購入年月 () 最近の保守・点検年月 () |
| 19 | 発生場面 (歯科医療用具(機器)の使用・管理に関する項目) | <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> その他の歯科医療用具(機器)の使用・管理に関する項目 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 | <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 | 販売名 () 製造年月 () 購入年月 () 最近の保守・点検年月 () |
| 20 | 発生場面 (検査に関する項目) | <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 | <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 | 販売名 () 製造年月 () 購入年月 () 最近の保守・点検年月 () |

| | | | |
|----|----------------------------------|---|---|
| 17 | 医療器具、薬料、材料、消耗品 | <input type="checkbox"/> 医療器具 <input type="checkbox"/> 薬料 <input type="checkbox"/> 材料 <input type="checkbox"/> 消耗品 <input type="checkbox"/> 医療器具 <input type="checkbox"/> 薬料 <input type="checkbox"/> 材料 <input type="checkbox"/> 消耗品 | <input type="checkbox"/> 販売名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () |
| 18 | 発生場面 (医療器具(機器)の使用・管理に関する項目) | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 血液浄化装置 <input type="checkbox"/> 血液浄化装置 <input type="checkbox"/> 血液浄化装置 <input type="checkbox"/> 他種特殊吸引器 <input type="checkbox"/> 心電図・血圧モニター <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> その他の医療器具(機器)の使用・管理に関する項目 <input type="checkbox"/> 除菌剤 <input type="checkbox"/> 除菌剤 | <input type="checkbox"/> 販売名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () |
| 19 | 発生場面 (ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目) | <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル <input type="checkbox"/> 動脈カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル(NG・ED) <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目 <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン <input type="checkbox"/> 血液浄化用ドレーン | <input type="checkbox"/> 販売名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () |
| 20 | 発生場面 (歯科医療用具(機器)の使用・管理に関する項目) | <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> その他の歯科医療用具(機器)の使用・管理に関する項目 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 <input type="checkbox"/> 歯科用吸引装置 | <input type="checkbox"/> 販売名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () |
| 21 | 発生場面 (検査に関する項目) | <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採尿 | <input type="checkbox"/> 販売名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () |
| 22 | 発生場面 (患者の搬送に関する項目) | <input type="checkbox"/> 搬送(輸送)業者名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () | <input type="checkbox"/> 搬送(輸送)業者名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () |
| 23 | 発生場面 (患者の搬送に関する項目) | <input type="checkbox"/> 搬送(輸送)業者名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () | <input type="checkbox"/> 搬送(輸送)業者名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () |
| 24 | 発生場面 (患者の搬送に関する項目) | <input type="checkbox"/> 搬送(輸送)業者名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () | <input type="checkbox"/> 搬送(輸送)業者名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () |
| 25 | 発生場面 (患者の搬送に関する項目) | <input type="checkbox"/> 搬送(輸送)業者名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () | <input type="checkbox"/> 搬送(輸送)業者名 () <input type="checkbox"/> 製造年月 () <input type="checkbox"/> 購入年月 () <input type="checkbox"/> 最近の保守・点検年月 () |