1. 医療安全委員会及び引受保険会社に相談なく、金銭的解決をされた場合には、保険金が受領できない場合がありますので、ご注意ください。
2. この報告書はカルテや看護記録とは別に保管してください
3. この報告書は九精協事務局に提出いただいた後、第一保険（株）、あいおいニッセイ同和損害保険（株）にも提出いたします

受理番号

審議日

担当委員

**報告日**　　　　年　　　月　　　日

㊙九州精神科病院協会

医療安全委員会　　　御中

精神科許可病床総数 （　　　　　　　床）

精神病棟入院基本料　 （　　　　対　１　)

看護配置加算 （　有 ・無・ 減　）

看護補助加算 （有 ・ 無）（　　　対　１　）

精神科救急入院料（１・２）　（ 　　　床）

精神科急性期治療病棟入院料（１・２）（ 　　　床）

精神科急性期医師配置加算 （ 有 ・ 無 ）

精神療養病棟入院料 （ 　　　　床）

認知症治療病棟入院料（１・２）（ 　　　　床）

その他種別( 床)

所在地

病院名

院長名　　　　　　　　　　　　　　㊞

開設者名　　　　　　　　　　　　　㊞

主治医名

連絡担当者名

電話番号　　（　　　）　　　－

ＦＡＸ番号　（　　　）　　　－

事　故　報　告　書

（事故報告書は２部ご提出ください。）

件　名（事故の概要を下枠にご記入ください。）

（記載例　患者が院内で自殺・患者同士の傷害事件）

1. 事故発生

　（１）発生日時　　　　　　年　　　月　　　日（　　曜日）　　午前　　　時　　　分頃

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　午後

　　　　　　　　　　　　（医療事故の場合、事故につながる医療行為をした月日）

　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　曜日）　　午前　　　時　　　分頃

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　午後

　（２）発見日時　　　　　　年　　　月　　　日（　　曜日）　　午前　　　時　　　分頃

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　午後

（３）発見者名　　　　　　　　　　　　　　病院との関係

（４）事故場所　　　　（具体的にご記入ください。）

（５）第一当事者（受傷者など－複数の場合は別紙にご記入ください。）

　　①患　者　　　　　　　　　　　　　　　第三者（いずれかに○印をつけてください。）

　　②住　所

　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　　　　　　　才

　　③職　業（職歴）

　　④同意した家族等　　　　　　　　　　　男・女　　　　　　　　　才　続柄

　　　その他キーパーソン　　　　　　　　　　男・女　　　　　　　　　才　続柄

（以下、被害者が患者の場合についてのみご記入ください。）

　　⑤病名及び合併症

　　⑥入院病棟種別

　　　（イ）精神一般　　（ロ）精神科救急　（ハ）精神科急性期治療　（ニ）認知症治療

　　　（ホ）精神療養　（ヘ）内科療養　　（ト）介護医療院・その他 (　　　　　　　)

・　閉鎖病棟　　　　　　　　・　開放病棟　（いずれかに○印をつけてください。）

　　⑦診査区分　（イ）任意入院　　（ロ）医療保護入院　　（ハ）応急入院

　　　　　　　　（ニ）措置入院　　（ホ）緊急措置入院　　（ヘ）一般入院

　　　　　　　　（ト）通　院

　　⑧医療費の支払　（イ）国保　　（ロ）健保（本・家）　（ハ）後期高齢　（ニ）生保

　　　　　　　　　　（ホ）措置　　（ヘ）自費　　（ト）その他 (　　　　　　　　　　　　　)

　　⑨初診日　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　⑩病　歴（事故日までの入通院状況）

⑪過去の問題行動（自傷行為、破壊行為、他者とのトラブル等について記載してください。）

⑫事故日付近を中心とした病状及び行動（投薬内容も必ず記載してください。）

（６）第二当事者（加害行為者がいる場合にご記入ください。）

1. 住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　　才

1. 職　業（職歴）
2. 被害者との関係
3. 同意した家族等　　　　　　　 　　男・女　　　　　才　続柄

 その他キーパーソン　　　　　　 　　男・女　　　　　才　続柄

（以下、加害者が患者の場合についてのみご記入ください。）

⑤ 病名及び合併症

　　⑥入院病棟種別

　　　（イ）精神一般　　（ロ）精神科救急　（ハ）精神科急性期治療　（ニ）認知症治療

　　　（ホ）介護医療院　（ヘ）内科療養　　（ト）その他 (　　　　　　　　　　　　　　)

・　閉鎖病棟　　　　　　　　・　開放病棟　（いずれかに○印をつけてください。）

　　⑦診査区分　（イ）任意入院　　（ロ）医療保護入院　　（ハ）応急入院

　　　　　　　　（ニ）措置入院　　（ホ）緊急措置入院　　（ヘ）一般入院

　　　　　　　　（ト）通　　院

　　⑧医療費の支払　（イ）国保　　（ロ）健保（本・家）　（ハ）後期高齢　（ニ）生保

　　　　　　　　　　（ホ）措置　　（ヘ）自費　　（ト）その他 (　　　　　　　　　　　　　)

　　⑨初診日　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　⑩病　歴（事故日までの入通院状況）

⑪過去の問題行動（自傷行為、破壊行為、他者とのトラブル等について記載してください。）

⑫事故日付近を中心とした病状及び行動（投薬内容も必ず記載してください。）

（７）事故状況（病状の概要等含め主治医にてご記入ください。また、必要に応じ図面を作成してください。）

1. 事故後の処置
2. 司法協力等

（イ）捜査要請　 （ロ）検屍　　（ハ）司法解剖　 （ニ）病理解剖　 （ホ）証拠保全

（ヘ）新法解剖

1. 発見時の処置、対処方法
2. 事故報告時における家族の態度
3. 事故報告時における家族構成
4. 被害者又は家族に対する処置や対応
5. その後の経過、後遺症、現在の状態など
6. 当事者に対する事故後の処遇、その他

（例えば、他の精神病院に転入院,　骨折の手術が終了したら当病院に再入院の予定など）

1. 病院側の見解
2. 事故に至った原因および病院や施設の責任に関する考察
3. 当事者や家族や関係者などが病院や施設に対して抱いている感情（感謝,不信,怒りなど）

について。そのことを示す事柄があれば同時に記載

1. 損害賠償請求を受ける見通し

４、その他

４．引受保険会社名並びに連絡状況

* 1. あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 ①連絡した ②連絡しない
	2. 第一保険株式会社 　　　　　　　　　　　　①連絡した　 ②連絡しない