

インシデント（ヒヤリ・ハット）・アクシデントレポート（様式2）
（ 発生 発見 ）

患者	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳（	カ月）	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 外来	病名	
場所（	<input type="checkbox"/> 病棟）	<input type="checkbox"/> ステーション	<input type="checkbox"/> 病室	<input type="checkbox"/> 廊下	<input type="checkbox"/> 浴室	<input type="checkbox"/> 便所	<input type="checkbox"/> 洗面所	<input type="checkbox"/> その他（
（	<input type="checkbox"/> 外来）	<input type="checkbox"/> 診察室	<input type="checkbox"/> 廊下	<input type="checkbox"/> 内視鏡室	<input type="checkbox"/> 処置室	<input type="checkbox"/> 便所	<input type="checkbox"/> 手術室	<input type="checkbox"/> 透析室
		<input type="checkbox"/> 検査科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 栄養科	<input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> 医事	<input type="checkbox"/> 受付	<input type="checkbox"/> 総務
		<input type="checkbox"/> その他（						
日時		令和	年	月	日	曜日	時	分
上司への報告（	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	令和	年	月	日	曜日	時	分
インシデント・アクシデント内容（簡潔・明瞭に記入）								
<p>詳細（必要時）</p> <p>I 未然に防ぎ得たことであれば、どうすれば防止できましたか？</p> <p>II この体験で得た教訓やアドバイスはありますか？</p>								
当事者のみ記入	その時のあなたの健康状態 ①身体的状況 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 疲れていた <input type="checkbox"/> 体調が悪かった <input type="checkbox"/> 寝不足 <input type="checkbox"/> その他（							
	<input type="checkbox"/> 精神的状況 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あせっていた <input type="checkbox"/> いらいらしていた <input type="checkbox"/> 心配事があった <input type="checkbox"/> 集中力がなかった <input type="checkbox"/> 気分が沈んでいた <input type="checkbox"/> その他（							
報告者	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 看護助手	<input type="checkbox"/> 検査技師	<input type="checkbox"/> 放射線技師	<input type="checkbox"/> 栄養士	
	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 事務職員	<input type="checkbox"/> 技術系	<input type="checkbox"/> その他（			経験年数（	年）

報告日 令和 年 月 日

この報告による不利益は一切ありません

リスクマネージャー記載欄

インシデント（アクシデント）の内容

- () 与薬 患者違い 薬品違い 与薬時間違い 与薬量違い 与薬忘れ 与薬剤紛失
与薬方法違い（点耳を点眼したなど）その他（)
- () 注射 患者違い 薬品違い 注射時間違い 注射量違い 点滴速度 三方活栓操作
注射忘れ ライントラブル 注射方法違い（皮下・筋肉・静脈など）
注射時の組織損傷 その他（)
- () 処置 患者違い 時間違い 内容・方法違い（クランプと留置など） 処置忘れ
手技に関すること その他（)
- () 検査 患者違い 時間違い 方法違い 絶食など前処置 検体取違い 検査忘れ
部位取違い その他（)
- () 輸血 患者違い 血液型違い 血液製剤の違い（FFPとPPFなど） 輸血量の違い
保管方法 輸血忘れ その他（)
- () 器械
 器具 電源入れ忘れ 操作ミス 設定ミス 使用中の故障 その他（)
 器械・器具名（)
- () 手術 患者違い 時間違い 部位間違い 体位取違い 準備 ガーゼ確認
その他（)
- () 診療 患者違い 診断違い 指示違い その他（)
- () 給食 調理間違い 配膳間違い 指示受け間違い 異物混入
その他（)
- () 事務 記載間違い 転記間違い 発注間違い その他（)
- () 苦情 態度 言葉使い 説明不足 清掃 設備 その他（)
- () その他（)

リスクの評価	リスクの予測	システム改善の必要性	教育研修への活用
<input type="checkbox"/> Lv.5 <input type="checkbox"/> Lv.4 <input type="checkbox"/> Lv.3b <input type="checkbox"/> Lv.3a <input type="checkbox"/> Lv.2 <input type="checkbox"/> Lv.1 <input type="checkbox"/> Lv.0	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> すでに改善済み <input type="checkbox"/> 改善の必要性あり <input type="checkbox"/> 改善の必要性なし （情報の還元のみ）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし