

# 医療事故報告書

(様式3)

(記録は経時的に記載し、所属長を通じて速やかに医療安全管理者に届け出てください。)

事故発生日時：令和 年 月 日 ( 曜日) 時 分		
発生部署：		
患者氏名：	年齢： 歳	性別：男・女
主病名：	主治医：	
報告者氏名：	報告者所属部署：	
事故の概要		
所属長の見解		

## 対応状況の詳細 (患者・家族より主張があれば詳細に記載すること)

年月日 時間	患者への対応 患者の反応	家族への対応 家族の反応	上司等への 報告	対応者
時 分				

対応状況の詳細（続き）

年月日 時間	患者への対応 患者の反応	家族への対応 家族の反応	上司等への 報告	対応者
時 分				

医療事故のリスク評価（リスクマネージャー記載欄）

- - - - - LV.3b    LV4a    LV4b    LV5    - - - - -

評価年月日：令和    年    月    日

医療安全管理者氏名：