

医療事故情報 仮報告書

公益財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部 御中

当医療機関において、医療事故情報として報告する範囲に該当する事例が発生いたしましたが、下記の理由により所定の方法にて報告できないため、書面にて報告を行います。

西暦 年 月 日

医療機関名 印

施設長名

所定の方法で報告できない理由（該当する項目に○）

- 1. 本事例の報告に関して患者の同意が得られていない
- 2. システムトラブル等でWebによる報告ができない
- 3. その他

※本報告書による報告は、仮の報告です。理由1の場合には45日以内に、理由2・3の場合はWebでの報告ができるようになり次第速やかに所定の報告をお願いいたします。

理由1の場合、仮報告する事例について、次の項目を選択してください。（必須）

| | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 発生年 | |
| <input type="checkbox"/> 前年 | <input type="checkbox"/> 当年 <input type="checkbox"/> それ以前（ ）年 |
| 発生月 | |
| <input type="checkbox"/> 1月 | <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 |
| <input type="checkbox"/> 7月 | <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 |
| 発生曜日 | |
| <input type="checkbox"/> 月曜日 | <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 |
| 曜日区分 | |
| <input type="checkbox"/> 平日 | <input type="checkbox"/> 休日・祝日 |
| 事故の程度 | |
| <input type="checkbox"/> 死亡 | <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性ある（高い） <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性ある（低い） |
| <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性なし | <input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> 不明（ ） |
| 事故の治療の程度 | |
| <input type="checkbox"/> 濃厚な治療 | <input type="checkbox"/> 軽微な治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 |
| 事故の概要 | |
| <input type="checkbox"/> 薬剤 | <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 |
| <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ | <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 特に報告を求める事例 | |
| <input type="checkbox"/> 汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故 | <input type="checkbox"/> 院内感染による死亡や障害 |
| <input type="checkbox"/> 患者の自殺又は自殺企図 | <input type="checkbox"/> 入院患者の失踪 |
| <input type="checkbox"/> 患者の熱傷 | <input type="checkbox"/> 患者の感電 |
| <input type="checkbox"/> 医療施設内の火災による患者の死亡や障害 | <input type="checkbox"/> 間違った保護者の許への新生児の引渡し |
| <input type="checkbox"/> 本事例は選択肢には該当しない | |

理由 2、3 の場合、所定の報告が難しい状況を記載してください。



公益財団法人日本医療機能評価機構
医療事故情報収集等事業

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル
TEL: 03-5217-0252 (直通) FAX: 03-5217-0253 (直通)

本報告書で提出いただいた情報は、安全かつ適正に管理させていただきます。また、本報告書をご提出後に所定の報告がない場合は、事務局から問い合わせることがあります。