

喀痰吸引等業務（特定行為業務）ヒヤリハット・アクシデント報告書

報告者状況	事業所名称	
	介護職員氏名	
	管理責任者氏名	
被報告者状況	事業所名称	
	連携看護職員氏名	

発生日時	年 月 日（ 曜日）	午前・午後	時 分頃（ 回目）
発生場所	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（具体的に ）		
対象者	氏名：	（男・女）	年齢：
	当日の状況		

出来事の情報（1連の行為につき1枚）			
行為の種類	【喀痰吸引】 ①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②部位 （ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ） 【経管栄養】 （ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 ）		
第1発見者 （ <input checked="" type="checkbox"/> は1つ）	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員以外の看護職員	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> その他 （ ）
出来事の発生状況	※誰が、何を行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。		
医師 への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
連携看護職員 への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
出来事への対応	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応したか。		
救急救命処置の 実施	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的な処置： ）		

