

産後ケア事業 アクシデント・インシデント等発生時報告様式

第 報

報告年月日 年 月 日

・* は実施がある場合に記入してください。
・水色のセルはプルダウンより選択してください。

施設情報	施設名						施設設置者 (社名・法人名・自治体名等)															
	施設所在地						代表責任者															
	産後ケア事業管理者						利用者の総定員(産婦)		名													
	実施事業形態 (該当するものすべてに✓)		☐ 短期入所(ショートステイ)型 ☐ 通所(デイサービス)型 ☐ 居宅訪問(アウトリーチ)型																			
	* 直近の指導監査		年 月 日				緊急対応マニュアル等の有無															
	利用者居住市町村名						他受託市町村名															
利用者情報	母の年齢		歳		こどもの月齢		か月 日		こどもの性別				多胎児の場合は✓									
	利用開始月日		月 日		利用予定期間		泊 日		利用形態													
事案発生時の状況等	事案発生日時		年 月 日				時 分															
	事案発生の経緯 ※別途任意様式での作成も可																					
	事案発生時の職員体制		産後ケア事業従事職員数				名		うち助産師・看護師・保健師				名									
	事案発生時該当者以外の利用者の人数		産婦				名、		児		名、		その他 ()		名							
	施設で講じた再発防止策 ※別途任意様式での作成も可																					
特記事項																						
市町村の対応等※	事案把握日時				年				月				日				時		緊急対応マニュアル等の有無			
	当該施設の事業継続状況										(休止の場合)期間											
	講じた再発防止策																					

報告事業所

役職

氏名

連絡先
(電話)

(E-mail)