

(参考様式4)

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	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃		
発生場所	ベッド上 車椅子 その他(具体的に)		
	氏名:	(男・女)	年齢:
対象者	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】 人工呼吸器の装着の有無 部位 (口腔) 【経管栄養】(胃ろう)	なし あり なし あり なし あり	気管カニューレ内) 経鼻経管)
第1発見者 (は1つ)	記入者自身 記入者以外の介護職員 連携看護職員 連携看護職員以外の看護職員	医師 介護支援専門員	家族や訪問者 その他 ()
出来事の発生状況	誰が、何をを行っている際、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	なし あり		
連携看護職員 への報告	なし 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	なし あり(具体的な処置:)		

