

産後ケア事業 事案等発生時報告様式

第 報

☐ 死亡事案 ☐ 重症・重傷(治療を30日以上を要する)事案

報告年月日 年 月 日

☐ その他()

・*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	受傷、発症または死亡した者 (その他の場合)
	事案発生の経緯 ※別途任意様式での作成も可		(利用開始時からの健康状態、母子同室の有無を含む事案発生時の状況、事案発生後の処置を含め、可能な限り詳細に記入。第1報においては可能な範囲で記入し、第2報以降で追加等すること)			
	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
	事案発生時該当者以外の利用者の人数		産婦		名、	児
	施設で講じた再発防止策 ※別途任意様式での作成も可		名、 その他 () 名			
	病状・死因等 (既往歴)	【診断名】			(負傷の場合)受傷部位	
		【病状】 (症状の程度)				
【既往症】				事案の転帰		
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					
都道府県の対応等	都道府県としての対応					

※市町村の対応経過については、別添として任意様式で作成し、本報告と併せて提出をお願いします。

- ・報告は事業者から利用者居住市町村→施設所在都道府県を経由して国に報告してください。施設所在市町村と委託元市町村が異なる場合は、当該市町村間で協議・連携しながら対応してください。
- ・第1報は赤枠内について報告してください。第1報は原則事案発生当日(遅くとも事案発生翌日)、第2報は原則1か月以内程度に行うとともに、状況の変化や必要に応じて追加報告してください。
- ・発生時の状況等については、施設で記載できない部分については、市町村が適宜記載を補ってください。
- ・記載欄は適宜広げて記載してください。
- ・直近の指導監査の状況報告を添付してください。
- ・発生時の状況図(写真等を含む。)を添付してください。なお、ベビーベッド等の器具により事案が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。
- ・報告内容については、国の研究事業等で分析を行い、個人が特定されない形で公表される可能性があります。

市町村担当者

所属・役職

連絡先
(電話)

(E-mail)