

ヒヤリハット報告書

年 月 日提出

利用者氏名	様	報告者	
発生日時	年 月 日	時 分	
報告日時	年 月 日	時 分	
発生場所	<input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> その他()		
内容	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 誤嚥/誤飲 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 自虐行為 <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 紛失/盗難 <input type="checkbox"/> 車両事故 <input type="checkbox"/> その他()		
ヒヤリハットした状況の詳細			
考えられる事故			
再発防止策			
報告書受け取り者			