

様式18号(学生心得(11)関係)		佐賀県医療センター好生館看護学院インシデントレポート		報告:	年	月	日
レベル	<input type="checkbox"/> 1 未然に防げた <input type="checkbox"/> 2 発生したが対象への影響はなかった <input type="checkbox"/> 3 対象への影響はあるが低い <input type="checkbox"/> 4 対象への影響は高い						
実習科目:				実習施設:			
患者	<input type="checkbox"/> 1 入院・入所()病棟 <input type="checkbox"/> 2 外来・通所 <input type="checkbox"/> 3 自宅 <input type="checkbox"/> 4 その他			報告者	<input type="checkbox"/> 1 当事者 <input type="checkbox"/> 2 発見者 学科 年 実習: 日目 受け持ち: 日目		
	年齢:				性別:	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	
発生日時	平成	年	月	日()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
発見日時	平成	年	月	日()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
発生場所	<input type="checkbox"/> 1 外来(診察室・内診室・待合室) <input type="checkbox"/> 2 病室 <input type="checkbox"/> 3 トイレ・洗面所 <input type="checkbox"/> 4 浴室 <input type="checkbox"/> 5 廊下・階段 <input type="checkbox"/> 6 処置室 <input type="checkbox"/> 7 スタッフステーション <input type="checkbox"/> 8 リハビリ室 <input type="checkbox"/> 9 検査室 <input type="checkbox"/> 10 分娩室 <input type="checkbox"/> 11 透析室 <input type="checkbox"/> 12 集中治療室 <input type="checkbox"/> 13 教室 <input type="checkbox"/> 14 実習室 <input type="checkbox"/> 15 情報管理室 <input type="checkbox"/> 16 印刷室 <input type="checkbox"/> 17 その他()						
内容	<input type="checkbox"/> 1 療養上の世話		<input type="checkbox"/> 1 転倒 <input type="checkbox"/> 2 転落 <input type="checkbox"/> 3 衝突 <input type="checkbox"/> 4 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 5 誤配膳 <input type="checkbox"/> 6 指示の不履行(安静・禁食・その他) <input type="checkbox"/> 7 搬送・移送(取り違い・遅延・忘れ・搬送先間違い・その他) <input type="checkbox"/> 8 自己管理薬(のみ忘れ・取り違い・その他) <input type="checkbox"/> 9 その他()				
	<input type="checkbox"/> 2 診察、手術、出産 その他の治療、処置		<input type="checkbox"/> 1 取り違い(患者・物品・医療材料・その他) <input type="checkbox"/> 2 方法(手技)の誤り <input type="checkbox"/> 3 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 4 中止・延期 <input type="checkbox"/> 5 日程・時間の誤り <input type="checkbox"/> 6 順番の誤り <input type="checkbox"/> 7 不必要行為の実施 <input type="checkbox"/> 8 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 9 患者体位の誤り <input type="checkbox"/> 10 その他()				
	<input type="checkbox"/> 3 情報管理		<input type="checkbox"/> 1 紛失 <input type="checkbox"/> 2 置き忘れ <input type="checkbox"/> 3 持ち出し <input type="checkbox"/> 4 廃棄忘れ <input type="checkbox"/> 5 他言 <input type="checkbox"/> 6 パスワード未設定 <input type="checkbox"/> 7 ウイルス感染 種類: <input type="checkbox"/> 1 実習記録 <input type="checkbox"/> 2 記録媒体 <input type="checkbox"/> 3 メモ帳 <input type="checkbox"/> 4 その他()				
	<input type="checkbox"/> 4 上記以外の内容		<input type="checkbox"/> 1 情報伝達(報告・連絡・相談) <input type="checkbox"/> 2 処方・与薬 <input type="checkbox"/> 3 輸血 <input type="checkbox"/> 4 医療機器等の使用・管理 <input type="checkbox"/> 5 ドレインチューブ類の使用・管理 <input type="checkbox"/> 6 検査 <input type="checkbox"/> 7 栄養 <input type="checkbox"/> 8 物品搬送 <input type="checkbox"/> 9 患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 10 物品・設備(破損・紛失) <input type="checkbox"/> 12 その他()				
事象の発生状況 <small>どのような患者にどのような時にどのような事故が発生したのか、関連する状況や背景</small>							
事象発生後の 処置・対応							
発生の要因	S:	<input type="checkbox"/> 1 施設の慣習 <input type="checkbox"/> 2 マニュアル <input type="checkbox"/> 3 読みにくい説明書 <input type="checkbox"/> 4 情報伝達の混乱 <input type="checkbox"/> 5 その他()					
	H:	<input type="checkbox"/> 1 原因器材 <input type="checkbox"/> 2 医療機器 <input type="checkbox"/> 3 補助具 <input type="checkbox"/> 4 衣類・履物 <input type="checkbox"/> 5 施設の構造 <input type="checkbox"/> 6 その他()					
	E:	<input type="checkbox"/> 1 タイムプレッシャー <input type="checkbox"/> 2 作業の途中中断 <input type="checkbox"/> 3 行為の同時進行 <input type="checkbox"/> 4 作業空間 <input type="checkbox"/> 5 実習条件 <input type="checkbox"/> 6 実習の困難さ <input type="checkbox"/> 7 発言しにくい雰囲気 <input type="checkbox"/> 8 保管場所 <input type="checkbox"/> 9 その他()					
	L:	<input type="checkbox"/> 1 患者(転倒スコア 点) <input type="checkbox"/> 2 家族 <input type="checkbox"/> 3 実習指導者 <input type="checkbox"/> 4 受け持ち看護師 <input type="checkbox"/> 5 病棟スタッフ <input type="checkbox"/> 6 主治医 <input type="checkbox"/> 7 他職種() <input type="checkbox"/> 8 教員 <input type="checkbox"/> 9 その他()					
	L:(当事者)	<input type="checkbox"/> 1 知識不足 <input type="checkbox"/> 2 技術不足 <input type="checkbox"/> 3 確認不足 <input type="checkbox"/> 4 注意不足 <input type="checkbox"/> 5 判断ミス <input type="checkbox"/> 6 アセスメント不足 <input type="checkbox"/> 7 対象の理解不足 <input type="checkbox"/> 8 心理的要因 <input type="checkbox"/> 9 心身状態 <input type="checkbox"/> 10 その他()					
	どのようにしたら、 防げたか						

振り返りレポート

学生氏名:		(年)	発生場所:	
発生日時:	平成 年 月 日()()			
報告日時:	教員	年 月 日()()	師長・指導者:	年 月 日()() (:)
現在までの実習経験:				
事象発生時の健康・精神状態				
事象の内容及び発生状況・経過				
日時時刻				
事象発生後の処置・対応				
事象発生原因と防止策				
学院としての対応・改善策				
	指導教員氏名:	?	教務主任氏名:	?
病棟側の対応・改善策				
	看護管理室への報告 無・有(期日:	月 日)	病棟師長名:	?

様式第18号(学生心得(11)関係)															
インシデント・アクシデントレポート										報告:		年	月	日	
レベル	<input type="checkbox"/> 1 未然に防げた <input type="checkbox"/> 2 発生したが対象への影響はなかった <input type="checkbox"/> 3 対象への影響はあるが低い <input type="checkbox"/> 4 対象への影響は高い														
実習科目:					実習施設:										
患者	<input type="checkbox"/> 1 入院・入所()病棟 <input type="checkbox"/> 2 外来・通所 <input type="checkbox"/> 3 自宅 <input type="checkbox"/> 4 その他					報告者	<input type="checkbox"/> 1 当事者 <input type="checkbox"/> 2 発見者 学科 年								
	年齢:						実習: 日目 受け持ち: 日目								
性別: <input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女															
発生日時		年 月 日() <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分													
発見日時		年 月 日() <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分													
発生場所		<input type="checkbox"/> 1 外来(診察室・内診室・待合室) <input type="checkbox"/> 2 病室 <input type="checkbox"/> 3 トイレ・洗面所 <input type="checkbox"/> 4 浴室 <input type="checkbox"/> 5 廊下・階段 <input type="checkbox"/> 6 処置室 <input type="checkbox"/> 7 スタッフステーション <input type="checkbox"/> 8 リハビリ室 <input type="checkbox"/> 9 検査室 <input type="checkbox"/> 10 分娩室 <input type="checkbox"/> 11 透析室 <input type="checkbox"/> 12 集中治療室 <input type="checkbox"/> 13 教室 <input type="checkbox"/> 14 実習室 <input type="checkbox"/> 15 情報管理室 <input type="checkbox"/> 16 印刷室 <input type="checkbox"/> 17 その他()													
内容	<input type="checkbox"/> 1 療養上の世話		<input type="checkbox"/> 1 転倒 <input type="checkbox"/> 2 転落 <input type="checkbox"/> 3 衝突 <input type="checkbox"/> 4 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 5 誤配膳 <input type="checkbox"/> 6 指示の不履行(安静・禁食・その他) <input type="checkbox"/> 7 搬送・移送(取り違え・遅延・忘れ・搬送先間違い・その他) <input type="checkbox"/> 8 自己管理薬(のみ忘れ・取り違い・その他) <input type="checkbox"/> 9 その他()												
	<input type="checkbox"/> 2 診察、手術、出産 その他の治療、処置		<input type="checkbox"/> 1 取り違え(患者・物品・医療材料・その他) <input type="checkbox"/> 2 方法(手技)の誤り <input type="checkbox"/> 3 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 4 中止・延期 <input type="checkbox"/> 5 日程・時間の誤り <input type="checkbox"/> 6 順番の誤り <input type="checkbox"/> 7 不必要行為の実施 <input type="checkbox"/> 8 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 9 患者体位の誤り <input type="checkbox"/> 10 その他()												
	<input type="checkbox"/> 3 情報管理		<input type="checkbox"/> 1 紛失 <input type="checkbox"/> 2 置き忘れ <input type="checkbox"/> 3 持ち出し <input type="checkbox"/> 6 廃棄忘れ <input type="checkbox"/> 7 他言 <input type="checkbox"/> 8 パスワード未設定 <input type="checkbox"/> 9 ウイルス感染 種類: <input type="checkbox"/> 1 実習記録 <input type="checkbox"/> 2 記録媒体 <input type="checkbox"/> 3 メモ帳 <input type="checkbox"/> 4 その他()												
	<input type="checkbox"/> 4 上記以外の内容		<input type="checkbox"/> 1 情報伝達(報告・連絡・相談) <input type="checkbox"/> 2 処方・与薬 <input type="checkbox"/> 3 輸血 <input type="checkbox"/> 4 医療機器等の使用・管理 <input type="checkbox"/> 5 ドレーンチューブ類の使用・管理 <input type="checkbox"/> 6 検査 <input type="checkbox"/> 7 栄養 <input type="checkbox"/> 8 物品搬送 <input type="checkbox"/> 9 患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 10 物品・設備(破損・紛失) <input type="checkbox"/> 12 その他()												
発生の要因	S:		<input type="checkbox"/> 1 施設の慣習 <input type="checkbox"/> 2 マニュアル <input type="checkbox"/> 3 読みにくい説明書 <input type="checkbox"/> 4 情報伝達の混乱 <input type="checkbox"/> 5 その他()												
	H:		<input type="checkbox"/> 1 原因器材 <input type="checkbox"/> 2 医療機器 <input type="checkbox"/> 3 補助具 <input type="checkbox"/> 4 衣類・履物 <input type="checkbox"/> 5 施設の構造 <input type="checkbox"/> 6 その他()												
	E:		<input type="checkbox"/> 1 タイムプレッシャー <input type="checkbox"/> 2 作業の途中中断 <input type="checkbox"/> 3 行為の同時進行 <input type="checkbox"/> 4 作業空間 <input type="checkbox"/> 5 実習条件 <input type="checkbox"/> 6 実習の困難さ <input type="checkbox"/> 7 発言しにくい雰囲気 <input type="checkbox"/> 8 保管場所 <input type="checkbox"/> 9 その他()												
	L:		<input type="checkbox"/> 1 患者(転倒スコア 点) <input type="checkbox"/> 2 家族 <input type="checkbox"/> 3 実習指導者 <input type="checkbox"/> 4 受け持ち看護師 <input type="checkbox"/> 5 病棟スタッフ <input type="checkbox"/> 6 主治医 <input type="checkbox"/> 7 他職種() <input type="checkbox"/> 8 教員 <input type="checkbox"/> 9 その他()												
L:(当事者)		<input type="checkbox"/> 1 知識不足 <input type="checkbox"/> 2 技術不足 <input type="checkbox"/> 3 確認不足 <input type="checkbox"/> 4 注意不足 <input type="checkbox"/> 5 判断ミス <input type="checkbox"/> 6 アセスメント不足 <input type="checkbox"/> 7 対象の理解不足 <input type="checkbox"/> 8 心理的要因 <input type="checkbox"/> 9 心身状態 <input type="checkbox"/> 10 その他()													
事象の発生状況及び経過、発生後の処置・対応防止策等についてはNO.2へ															
												佐賀県医療センター好生館看護学院			

インシデント・アクシデントレポート

報告: 年 月 日

学生氏名(学年): (年) 発生場所:

発生日時: 年 月 日() (:)・実習()日目

報告日時: 教員: 年 月 日() (:) 師長・指導者: 年 月 日() (:)

現在までの実習経験: 基礎 保育所 老人福祉センター 老健 内科 外科 脳神経外科 緩和 外来
整形外科 救命救急センター 透析室 小児 母性 精神
保健福祉事務所 市町村 訪問看護ステーション 看護の統合と実践

健康・精神状態:

発生の状況及び経過(5W1Hで具体的に記載)
(時間)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

発生後の処置・対応(発生時どう行動したか、内省を含めて具体的に)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

発生要因(発生経過や対応・内省を踏まえ原因を明確にする)

.....

.....

.....

.....

防止策

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* 発生後1週間以内に提出 佐賀県医療センター好生館看護学院 看護学科

* 当該者には処分はありません。必要によっては報告内容について聞き取りを行う場合があります