長崎医療技術専門学校

事　故　報　告　書

報告者	学科･学年	理学・作業　療法学科　　年
	氏　　名	
	作成年月日	年　　月　　日
指導者名		印

発生日時	年　　月　　日　　時　　分
施設・発生場所	
事故の内容	・転倒　・転落　・チューブ類の管理　・症状悪化や急変　・誤飲 ・怪我　・無断離院　・記録忘れや誤記録　・患者や家族への接遇の失敗 ・熱傷や凍傷　・その他（　　）
事故状況	
対　　応	
今後の対策	
備　　考	

受　　理 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

担任署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿