

0レベル報告書

所属長確認

☐

セーフティマネージャー確認

☐

※インシデント報告0レベルの内容を記載下さい

報告者	発生日時	月	日	所属部署	
	発生時間	時	分	全経験年数	年目
	発生場所			配属年数	年目
	職種				
患者情報	患者年齢	歳	患者ID		
	【患者の心身状態】※複数選択可				
	☐ 認知症・健忘	☐ 意識障害	☐ 聴覚(聴力)障害	☐ 構音障害	
	☐ 精神障害	☐ 片麻痺	☐ 上肢障害	☐ 下肢障害	
	☐ 歩行障害	☐ せん妄状態	☐ 床上安静	☐ 睡眠中	
事例	【事象】				
	☐ 薬剤	☐ 輸血	☐ 治療処置	☐ 医療機器	
	☐ ドレーン・チューブ	☐ 検査	☐ 転倒転落	☐ その他	
	☐ 患者間違い				
関係職種	☐ 医師	☐ 助産師	☐ 看護師	☐ ケアワーカー	
	☐ アシスタント	☐ 臨床検査技師	☐ 放射線技師	☐ 薬剤師	
	☐ 管理栄養士	☐ 理学療法士	☐ 作業療法士	☐ 言語聴覚士	
	☐ 臨床工学技士	☐ 歯科衛生士	☐ 歯科技工士	☐ 眼科検査技士	
	☐ はりきゅう	☐ クラーク	☐ 社会福祉士	☐ 事務員	
	☐ 情報管理士	☐ その他(			
具体的な内容					

※ 0レベル報告書を記載後は、各部署セーフティマネージャー及び所属長へ提出を行って下さい。

※ 各部署セーフティマネージャー及び所属長が確認後、医療安全管理室へ提出頂けますようお願いいたします。

