

滋賀医科大学長 殿

インシデント・アクシデント リポート (学生用)

報告者： _____ 学籍番号： _____ 学年： _____
所 属： ☐医学科 ☐看護学科 ☐その他
連絡先： 本人 (TEL _____ FAX _____)
 家族 (TEL _____ FAX _____)

事故の種類	<input type="checkbox"/> 授業中の事故 <input type="checkbox"/> 学内 <input type="checkbox"/> 大学附属病院 <input type="checkbox"/> 学外実習等 (_____) <input type="checkbox"/> 通学途上の事故 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
発 生 日 時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃			
発 生 場 所				
被 害 者 <input type="checkbox"/> 報告者本人 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> その他	フリガナ 氏 名	男 ・ 女	年 齢	歳
発生時の状況 被 害 内 容 お よ び そ の 程 度				
処 置 等				
被害者および 家族への説明	<input type="checkbox"/> 説明せず <input type="checkbox"/> _____ 頃に説明する予定 <input type="checkbox"/> 説明の予定はない <input type="checkbox"/> 説明した (内容： _____)			
学生の保護者 に対する連絡	<input type="checkbox"/> 連絡済 (日時： 月 日 : 頃 誰から誰に _____) <input type="checkbox"/> まだ連絡していない			
補償制度等	大学団体加入 (<input type="checkbox"/> 学生教育研究災害傷害保険 <input type="checkbox"/> 付帯学生生活総合保険) 個人的に加入 (<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない)			
発 生 要 因	<input type="checkbox"/> 意識の散漫 <input type="checkbox"/> 知識経験不足 <input type="checkbox"/> 本人の不注意 <input type="checkbox"/> 慣れ <input type="checkbox"/> 事前教育不足 <input type="checkbox"/> 状況把握不足 <input type="checkbox"/> 指導者の不注意 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
責 任 者 の コ メ ン ト 防 止 策 等	責任者氏名 (自署) _____ 所属等 _____			

- (注) 1. 事故が発生した場合の第一報は、電話で行うこと。
勤務時間内：学 生 課 TEL 077 - 548 - 2068・2069・2065 FAX 077 - 548 - 2799
勤務時間外：防災監視室 TEL 077 - 548 - 2773 連絡先の電話番号を伝えること。
(※折り返し学生課の担当者から電話します。)
2. 本届けは、現場責任者を經由して、学生課に提出すること。
3. 次の場合は、報告者本人から、直接、学生課に提出すること。
- ① 急を要する場合で、責任者が不在の場合
 - ② 指導等の責任者が存在しないケースの場合

平成 年 月 日

報告者： 学籍番号： 学年：

○インシデント・アクシデントの具体的内容とその後の対応について

発生時の状況(いつ、どこで、誰が、誰に、何を、どのようにといった事実を明確に記述する)

発生した背景・原因(原因を引き起こした自分の問題も含む)及び予測される危険性

被害者(患者等)に及ぼした影響(結果としてどのような影響が被害者にあったか)

実施した、もしくは、考えられる改善策

(以下、教員記入欄)

指導教員氏名

報告を受けた日時

指導を行った日時

年 月 日()
時 分

年 月 日()
時 分

発生時の指導教員の対応

今後の課題・学生への指導等