

タイトル		
記載日時		年 月 日 曜日 時 分
報告者	都道府県： 氏名：※無記名可 ○ 当事者 ・ ○ 発見者 年齢： 歳 開業届： ○ 有 年届出 ○ 無 保険加入： ○ 有 ○ 無 助産師経験年数： 年 勤務形態： ○ 開業 ・ ○ 勤務 ○ その他	
発生日時		年 月 日 曜日 時 分
発生・発見場所		<input type="radio"/> 助産所 <input type="radio"/> 病院・クリニック <input type="radio"/> 訪問先 <input type="radio"/> 保健所等公的施設 <input type="radio"/> 産後ケア施設 <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> アウトリーチ型 <input type="checkbox"/> デイケア型 <input type="radio"/> その他
対象者		<input type="checkbox"/> 母 歳, 妊娠 週 日, 産後 日 (○初産 ○経産) <input type="checkbox"/> 児 生後 日 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他
発生場面		<input type="radio"/> 妊婦健診 <input type="radio"/> 分娩時 <input type="radio"/> 産後 <input type="radio"/> 産後ケア <input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> アウトリーチ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="radio"/> 電話 <input type="radio"/> 教室・講座 <input type="radio"/> その他
事象概要 (複数選択可)		<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 誤認 <input type="checkbox"/> 内服・点滴に関する事 <input type="checkbox"/> 産後多量出血 <input type="checkbox"/> 産褥熱 <input type="checkbox"/> 感染対策不備 <input type="checkbox"/> 新生児ケアに関する事 <input type="checkbox"/> 指導時の対応や指導内容に関する事 <input type="checkbox"/> 接遇へのクレーム <input type="checkbox"/> その他
事象レベル		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3a <input type="radio"/> 3b <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 ※3a以上については、都道府県助産師会担当者から日本助産師会に報告する
発生要因 (複数選択可)	当事者に関する事	<input type="checkbox"/> 確認不足 <input type="checkbox"/> 観察不足 <input type="checkbox"/> 判断の誤り <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 未熟な技術 <input type="checkbox"/> 技術の誤り <input type="checkbox"/> 報告不足 <input type="checkbox"/> 身体健康管理(体調不良等) <input type="checkbox"/> 心理的状态(イライラ、慌てていた、思い込み、緊張等)
	当事者に影響を及ぼした因子	<input type="checkbox"/> 教育訓練の不足 <input type="checkbox"/> マニュアルの不備 <input type="checkbox"/> 連絡・報告システムの不備 <input type="checkbox"/> 関連機関との連携不備 <input type="checkbox"/> 記録の不備 <input type="checkbox"/> 対象者の類似 <input type="checkbox"/> 業務・作業の中断 <input type="checkbox"/> 勤務状況(多忙、人員不足、夜勤等) <input type="checkbox"/> 交通手段(遅延・事故等)
	医療用具(機器)・薬剤・設備	<input type="checkbox"/> 環境の不備(照明、段差、滑りやすい等) <input type="checkbox"/> 衛生材料・器具の不備 <input type="checkbox"/> 機器の誤操作 <input type="checkbox"/> 施設・設備の管理不適切 <input type="checkbox"/> 薬剤管理の不備
	説明・対応に関する事	<input type="checkbox"/> 説明が不足 <input type="checkbox"/> 説明の誤り <input type="checkbox"/> 対象者や家族の理解が不十分 <input type="checkbox"/> その他
	管理体制	<input type="checkbox"/> 勤務管理の不備 <input type="checkbox"/> 教育訓練・マニュアル等の不備 <input type="checkbox"/> 情報伝達不備
具体的な内容 時系列で記入 状況 判断 対応		
予後		<input type="radio"/> 良 <input type="radio"/> 不良(障害を残した 死亡) <input type="radio"/> 不明
事例検討		<input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 未(予定あり) <input type="radio"/> 未(予定なし)
再発防止策		

都道府県助産師会 (西暦 年 月 日 受理)		日本助産師会
日本助産師会への報告 (3a以上は必ず報告)	事例検討	(西暦 年 月 日 受理)
<input type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	<input type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	

追加情報欄	<報告内容について収集した情報を記載>
-------	---------------------