

事 故 報 告 書

*各施設で定められている事故レベルの記入をお願い致します（例 ヒヤリハット、インシデント、アクシデント等）

発生日時	年 月 日 時 分 ころ		
実習場所	【臨床実習Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ】 *該当する実習に○をつける		
事故の種類	1 医療事故 2 物損・損壊事故 3 情報漏洩・人格権侵害 4 感染事故 5 傷害事故 6 暴力・ハラスメント		
事故発生状況			
発生後の対応			
報 告 者	所 属	北海道医療大学 リハビリテーション科学部 理学療法学科 年	
	学籍番号		
	氏 名		
	作成日	年 月 日	
事故レベル* _____ 実習指導者署名： _____ 印			