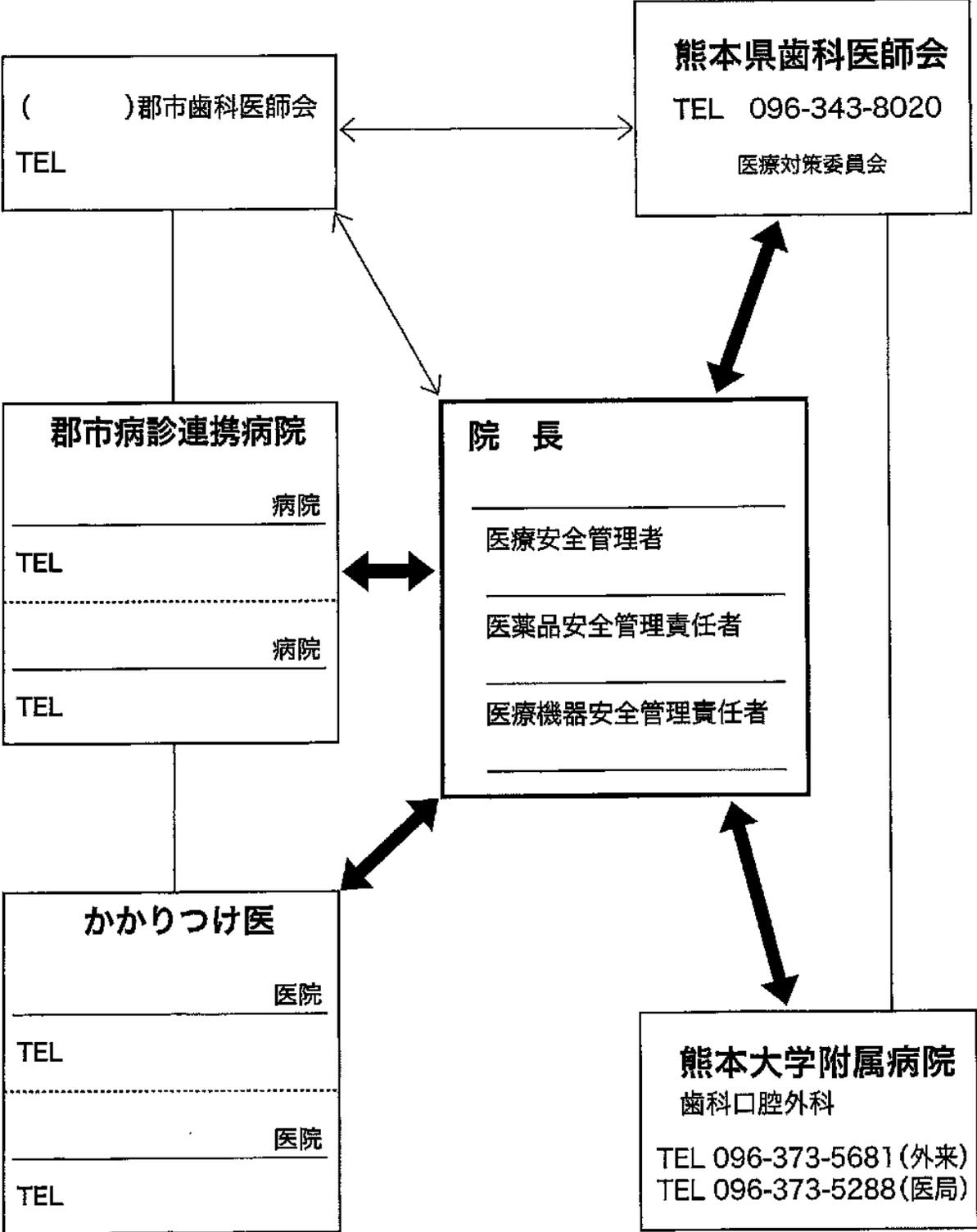


# 書 式

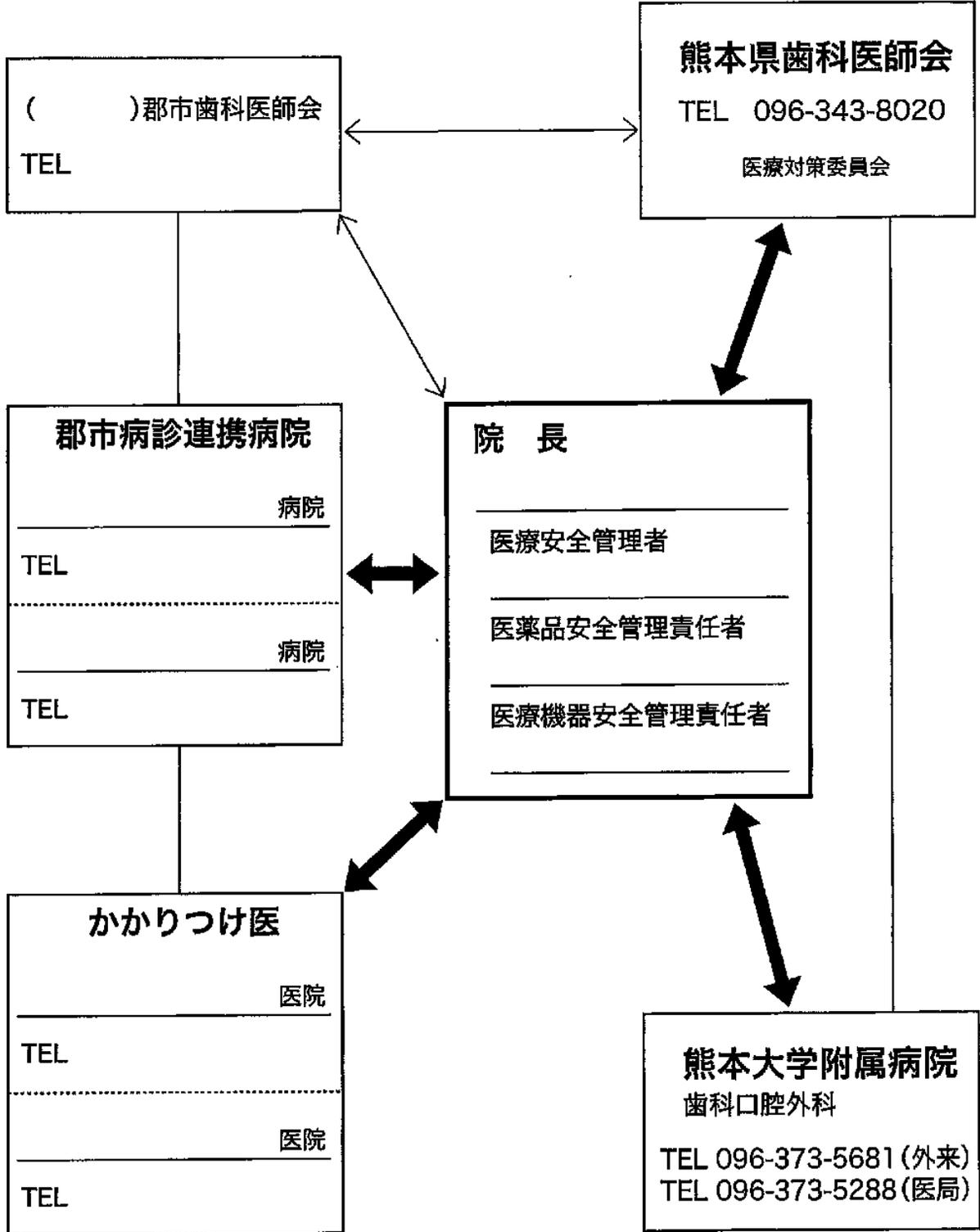
- ・ 医療安全連携図
- ・ インシデント（ヒヤリ・ハット）報告書
- ・ 医療事故報告書
- ・ 医薬品管理簿
- ・ 医療機器保守点検記録表
- ・ 医療安全管理委員会議事録
- ・ ミーティングノート
- ・ 研修会記録表

各自コピーして御使用下さい。

**医療安全連携図**



医療安全連携図







# インシデント（ヒヤリ・ハット）報告書

報告日	年 月 日	報告者	
報告者職種	歯科医師 歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手 受付 その他( )		経験年数 年
患者氏名		性別 男・女	年齢 歳
発生日時	年 月 日	曜日	午前・午後 時 分頃
発生場所	診療室 レントゲン室 技工室 スタッフルーム 消毒コーナー 待合室 受付 トイレ 玄関 駐車場 その他( )		
発生行為 (複数選択可)	受付 導入退出 診断 麻酔 補綴 修復 歯周 歯内 矯正 予防 インプラント 口腔外科 レントゲン 投薬 診療補助 施設管理 機器管理 その他( )		
発生時の状況	業務状態	超多忙 多忙 ふつう 余裕 その他( )	
	身体状況	健康 疲労 睡眠不足 体調不良 その他( )	
	心理的状況	ふつう あせり 緊張 いらいら 他に気を取られる その他( )	
発生原因 (複数選択可)	確認不足 観察不足 知識不足 技術不足 配慮不足 注意不足 状況把握不足 情報(伝達)不足 計画の不足 説明不足 患者・家族の理解不足 指示ミス 判断ミス 指示受けミス 記録の不備 設備・機器の不備 名称の類似 思い込み うっかり 誤解 やり忘れ 手順の違反 その他( )		
インシデントの 主な内容			
生命の危険度	高 <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 低		
患者からの 信頼	損なう <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 損なわない		
備考			

## インシデント（ヒヤリ・ハット）報告書

報告日	年 月 日	報告者	
報告者職種	歯科医師 歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手 受付 その他( )		経験年数 年
患者氏名		性別 男・女	年齢 歳
発生日時	年 月 日 曜日	午前・午後	時 分頃
発生場所	診療室 レントゲン室 技工室 スタッフルーム 消毒コーナー 待合室 受付 トイレ 玄関 駐車場 その他( )		
発生行為 (複数選択可)	受付 導入退出 診断 麻酔 補綴 修復 歯周 歯内 矯正 予防 インプラント 口腔外科 レントゲン 投薬 診療補助 施設管理 機器管理 その他( )		
発生時の状況	業務状態	超多忙 多忙 ふつう 余裕 その他( )	
	身体状況	健康 疲労 睡眠不足 体調不良 その他( )	
	心理的状況	ふつう あせり 緊張 いらいら 他に気を取られる その他( )	
発生原因 (複数選択可)	確認不足 観察不足 知識不足 技術不足 配慮不足 注意不足 状況把握不足 情報(伝達)不足 計画の不足 説明不足 患者・家族の理解不足 指示ミス 判断ミス 指示受けミス 記録の不備 設備・機器の不備 名称の類似 思い込み うっかり 誤解 やり忘れ 手順の違反 その他( )		
インシデントの 主な内容			
生命の危険度	高 <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 低		
患者からの 信頼	損なう <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 損なわない		
備考			

# 医療事故報告書

患者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			性別 男・女
発生日時	年 月 日	午前・午後	時 分頃
事故内容			
事故発生時の歯科処置			
問 診 有・無	特記事項		
救急支援医師 有・無	医院名及び氏名		
搬送病院 有・無	病院名		
経 過			
日 時	患 者 の 症 状	医 療 担 当 者 側 の 対 応	

提出日 年 月 日

診療所

報告者

## 医療事故報告書

患者氏名		生年月日	年 月 日
住 所		性別	男・女
発生日時	年 月 日	午前・午後	時 分頃
事故内容			
事故発生時の歯科処置			
問 診 有・無	特記事項		
救急支援医師 有・無	医院名及び氏名		
搬送病院 有・無	病院名		
経 過			
日 時	患 者 の 症 状	医 療 担 当 者 側 の 対 応	

提出日 年 月 日

診療所

報告者

# 医療事故報告書

報告日	年 月 日	報告者	
報告者職種	歯科医師 歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手 受付 その他( )	経験年数	年
患者氏名		性別 男・女	年齢 歳
発生日時	年 月 日 曜日	午前・午後	時 分
発生場所	診療室 レントゲン室 技工室 スタッフルーム 消毒コーナー 待合室 受付 トイレ 玄関 駐車場 その他( )		
発生行為 (複数選択可)	受付 導入退出 診断 麻酔 補綴 修復 歯周 歯内 矯正 予防 インプラント 口腔外科 レントゲン 投薬 診療補助 施設管理 機器管理 その他( )		
発生時の状況	業務状態	超多忙 多忙 ふつう 余裕 その他( )	
	身体状況	健康 疲労 睡眠不足 体調不良 その他( )	
	心理的状況	ふつう あせり 緊張 いらいら 他に気を取られる その他( )	
発生原因 (複数選択可)	確認不足 観察不足 知識不足 技術不足 配慮不足 注意不足 状況把握不足 情報(伝達)不足 計画の不足 説明不足 患者・家族の理解不足 指示ミス 判断ミス 指示受けミス 記録の不備 設備・機器の不備 名称の類似 思い込み うっかり 誤解 やり忘れ 手順の違反 その他( )		
日時	患者の症状	医療側の対応	

## 医療事故報告書

報告日	年 月 日	報告者	
報告者職種	歯科医師 歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手 受付 その他( )		経験年数 年
患者氏名		性別 男・女	年齢 歳
発生日時	年 月 日 曜日	午前・午後	時 分
発生場所	診療室 レントゲン室 技工室 スタッフルーム 消毒コーナー 待合室 受付 トイレ 玄関 駐車場 その他( )		
発生行為 (複数選択可)	受付 導入退出 診断 麻酔 補綴 修復 歯周 歯内 矯正 予防 インプラント 口腔外科 レントゲン 投薬 診療補助 施設管理 機器管理 その他( )		
発生時の状況	業務状態	超多忙 多忙 ふつう 余裕 その他( )	
	身体状況	健康 疲労 睡眠不足 体調不良 その他( )	
	心理的状況	ふつう あせり 緊張 いらいら 他に気を取られる その他( )	
発生原因 (複数選択可)	確認不足 観察不足 知識不足 技術不足 配慮不足 注意不足 状況把握不足 情報(伝達)不足 計画の不足 説明不足 患者・家族の理解不足 指示ミス 判断ミス 指示受けミス 記録の不備 設備・機器の不備 名称の類似 思い込み うっかり 誤解 やり忘れ 手順の違反 その他( )		
日時	患者の症状	医療側の対応	





## 平成 年 医療機器保守点検記録表

医療機器	購入年月	(例)	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月												摘 要 (修理状況など記載)
			1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
歯科用ユニット No.1		✓													
付属のハンドピース類		異常													○月○日 ハンドピース修理
歯科用ユニット No.2		✓													
付属のハンドピース類		✓													
歯科用ユニット No.3		✓													
付属のハンドピース類		✓													
歯科用ユニット No.4		✓													
付属のハンドピース類		✓													
パノラマX線撮影装置		✓													
デンタルX線撮影装置		✓													
デジタルX線システム		✓													
超音波スケーラ No.1		✓													
超音波スケーラ No.2		✓													
歯科用多目的超音波治療機器		✓													
可視光線光重合装置		✓													
歯科用根管長測定器 No.1		✓													
歯科用根管長測定器 No.2		✓													
レーザー機器 No.1		✓													
レーザー機器 No.2		✓													
高圧蒸気滅菌器		異常													○月○日 ゴムパッキン修理
電気メス		✓													
口腔内カメラ		✓													
寒天コンデショナー		✓													
印象材練和器		✓													
エアークンプレッサー		✓													
診療用バキューム装置		異常													○月○日 吸引モーター修理
医療機器安全管理責任者確認		㊟													
医療安全管理者確認 (院長)		㊟													

※機器類は複数台併用の場合はその旨を記載する。  
 ①上記は項目ごとに毎月、点検を行う。  
 ②医療機器は実情に合わせ追加・削除し、点検管理を行う。

③異常なしは「✓」を記入。  
 異常があった場合「異常」と記入し医療機器安全管理責任者に報告。  
 ④「異常」の機器は修理状況と内容を摘要欄に記入。

記入例

平成 年 医療機器保守点検記録表

医療機器	購入年月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	摘 要 (修理状況など記載)
歯科用ユニット No.1														
付属のハンドピース類														
歯科用ユニット No.2														
付属のハンドピース類														
歯科用ユニット No.3														
付属のハンドピース類														
歯科用ユニット No.4														
付属のハンドピース類														
パノラマX線撮影装置														
デンタルX線撮影装置														
デジタルX線システム														
超音波スケーラ No.1														
超音波スケーラ No.2														
歯科用多目的超音波治療機器														
可視光線光重合装置														
歯科用根管長測定器 No.1														
歯科用根管長測定器 No.2														
レーザー機器 No.1														
レーザー機器 No.2														
高圧蒸気滅菌器														
電気メス														
口腔内カメラ														
寒天コンデショナー														
印象材練和器														
エアークンプレッサー														
診療用バキューム装置														
医療機器安全管理責任者確認														
医療安全管理者確認 (院長)														

※機器類は複数台併用の場合はその旨を記載する。

- ①上記は項目ごとに毎月、点検を行う。
- ②医療機器は実情に合わせ追加・削除し、点検管理を行う。

③異常なしは「✓」を記入。

異常があった場合「異常」と記入し医療機器安全管理責任者に報告。

④「異常」の機器は修理状況と内容を摘要欄に記入。



## 医療安全管理委員会議事録

開催日時	年 月 日 時 分より
出席者	
議題分類	①医療安全 ②院内感染 ③医薬品 ④医療機器
議題	
協議内容	
決定事項	
継続課題	
参考資料	

## 医療安全管理委員会議事録

開催日時	年 月 日 時 分より
出席者	
議題分類	①医療安全 ②院内感染 ③医薬品 ④医療機器
議 題	
協議内容	
決定事項	
継続課題	
参考資料	

# ミーティングノート

開催日時	年 月 日 時 分
出席者	
議題	
協議内容	
決定事項	

開催日時	年 月 日 時 分
出席者	
議題	
協議内容	
決定事項	

# ミーティングノート

開催日時	年 月 日 時 分
出席者	
議題	
協議内容	
決定事項	

開催日時	年 月 日 時 分
出席者	
議題	
協議内容	
決定事項	





---

平成22年3月17日 第1版 第1刷  
平成25年7月12日 第2版 第1刷

熊 本 県 歯 科 医 師 会  
歯科医療安全管理特別委員会  
熊 本 県 健 康 福 祉 部  
医 療 政 策 総 室

---