

医療的ケア児 ヒヤリハット

報告日 年 月 日 ()

記入者氏名

児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
発生日時	年 月 日 () 時 分		
医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 (口腔・鼻腔・気管切開・気管カニューレ) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他()		
原因 (※該当するすべてを選択)	<input type="checkbox"/> 勘違い <input type="checkbox"/> 確認漏れ <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 聞き違い <input type="checkbox"/> 思い込み <input type="checkbox"/> マニュアル以外の行為 <input type="checkbox"/> 失念 <input type="checkbox"/> 技術不足 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 連絡ミス <input type="checkbox"/> 判断ミス <input type="checkbox"/> 転記ミス <input type="checkbox"/> 疲労・体調不良 <input type="checkbox"/> パニック・あせり <input type="checkbox"/> チームワーク <input type="checkbox"/> 設備・環境 <input type="checkbox"/> 機器の整備不良 <input type="checkbox"/> その他()		
発生場所			
ヒヤリハットの要旨 (内容・経緯)			
再発防止策			

※園内で使用してください