

ヒヤリ・ハット事例 報告書

(チェック項目は□の中に ✓で記入してください)

No	発生日	年	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
職種・経験年数	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他() 職歴()年・在職()年					
仕事の内容	<input type="checkbox"/> 受付・対応 <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 説明・同意 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 補綴 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 歯周 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 診療補助 <input type="checkbox"/> 施設管理 <input type="checkbox"/> 器材管理 <input type="checkbox"/> その他()					
事例	(□腔内への落下、誤飲・誤嚥、衣服の汚染、歯・粘膜・歯肉・舌の損傷)					
障害種類	<input type="checkbox"/> 脳性マヒ <input type="checkbox"/> 筋ジス <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> 自閉 SP 症 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> その他					
そのときの対応						
こうしておけば避けられた・良かったと思われること (教訓・回避方法)						

No	発生日	年	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
職種・経験年数	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他() 職歴()年・在職()年					
仕事の内容	<input type="checkbox"/> 受付・対応 <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 説明・同意 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 補綴 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 歯周 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 診療補助 <input type="checkbox"/> 施設管理 <input type="checkbox"/> 器材管理 <input type="checkbox"/> その他()					
事例	(□腔内への落下、誤飲・誤嚥、衣服の汚染、歯・粘膜・歯肉・舌の損傷)					
障害種類	<input type="checkbox"/> 脳性マヒ <input type="checkbox"/> 筋ジス <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> 自閉 SP 症 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> その他					
そのときの対応						
こうしておけば避けられた・良かったと思われること (教訓・回避方法)						

愛知・岐阜・三重・静岡
○を付けてください

岐阜県歯科医師会 FAX または ML にて
(無記名でも可) 県歯 Fax058-276-1722
Mail sikacenter@gifukenshi.or.jp