

ヒヤリ・ハットレポート報告書

平成 年 月 日 報告

| | | | | | |
|-------------|-----------------------|---------|--------|-----|-----|
| 報 告 者 | 所属支部 | | 患 者 | ★性別 | 男 女 |
| | 氏名 (男・女) | | | ★年齢 | 歳 |
| | 治療院名 | 年齢 歳 | | ★主訴 | |
| | 卒業学校 | | | ① | |
| | ★免許取得年 鍼灸 | | | ② | |
| | ★実務経験 研修 年、開業後 年、合計 年 | | | | |
| | 住所 〒 | Tel/Fax | | | |
| | E-mail: | | | | |

| | |
|------------|--|
| ★発生日時 | 平成 年 月 日 () 時 分頃 |
| ★発生場所 | |
| ヒヤリ・ハットの種類 | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 折鍼 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 脳貧血 <input type="checkbox"/> 抜鍼忘れ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 症状悪化 <input type="checkbox"/> 意識不明 <input type="checkbox"/> その他() |
| ★発生状況 | 使用鍼(社製 寸 分 号 合計 本使用) 刺鍼部位および刺入深度() |
| ★後の対応 | |
| ★発生要因 | |
| ★防止対策 | 発生前..... |
| | 発生後..... |
| 担当者の指導 | |

※ヒヤリ・ハットの事例がありましたら、東京都鍼灸師会研修事業部へ提出して下さい。
 ※提出先 FAX :03-3985-7526 E-mail :info@harikyu-tokyo.or.jp (東鍼会)
 ※ ★印のところは必ずご記入下さい