

ヒヤリ・ハット 事例提出フォーム

患者年齢		性別	男 ・ 女
訪問先	居宅 ・ 施設		
ケースカテゴリー	受付時 ・ 移動時 ・ 治療時 ・ その他		
誰のヒヤリ・ハットか？			
主訴は？			
何をしているときか？			
ヒヤリハットの経緯			
そのときの対応はどうか			
所感			

医院名		お名前	
住所	〒		
E-Mail			
電話番号		FAX 番号	

送付先 ⇒ 日本訪問歯科協会 FAX : 0120-199-505