

子どもの事故防止のための調査票

受診年月日 年 月 日

個人情報

1. ID 3. 性別 男 女 4. 生年月日 年 月 日

5. 発達段階(どんな行動を取ることが出来るか) (就学前の子どもについて記入)

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 寝返りができない | <input type="checkbox"/> 伝い歩きができる |
| <input type="checkbox"/> 寝返りができる | <input type="checkbox"/> よちよち歩きできる |
| <input type="checkbox"/> おすわりができる | <input type="checkbox"/> ころばずに歩行ができる |
| <input type="checkbox"/> はいはいができる | <input type="checkbox"/> 走ることができる |
| <input type="checkbox"/> つかまり立ちができる | <input type="checkbox"/> わからない |

6. 体重 kg 7. 身長 m cm

体重がわからない場合 痩せすぎ 標準 太りすぎ 身長がわからない場合 低い 標準 高い

事故の状況

8. 事故発生日時 年 月 日 (午前・午後) 時 分頃

9. 事故の種類

- 転落 転倒 衝突 やけど 誤飲 誤嚥 はさむ 交通事故
 噛まれる 刺される(毛虫など) 窒息 おぼれる その他()

10. 事故に関係があったモノは

11. そのモノは子どもが日常よく使うものですか

- よく使う おもちゃとして使っている
 たまに使う 初めて使った
 ぜんぜん使わない

12. また親が日常よく使うものですか

- よく使う 初めて使った
 たまに使う
 ぜんぜん使わない

13. モノの詳細

9で"転落"の場合

落ちた高さは m cm

ぶつかった場所は

- 床 椅子 机

その他

ぶつかった材質は

- コンクリート 木製 鉄製

その他

9で"転倒", "衝突"の場合

ぶつかった場所は

- 床 椅子 机

その他

ぶつかった材質は

- コンクリート 木製 鉄製

その他

9で"やけど", "誤飲"の場合

物が置いてあった高さは

m cm

"やけど"のみ

普段もそこにおいてあるか

- いつも置いている
 たまに置いている
 全く置いていない

9で"はさむ"の場合

はさんだモノの素材は

- 木製 鉄製

その他

9で"交通事故"で"車"の場合

チャイルドシートの装着

- 有 無

座っている位置

- 助手席 後部座席

9で"交通事故"で"自転車"の場合

ヘルメットの装着

- 有 無

9でそれ以外の事故の場合

そのモノにはどんな特徴があるか

14. 事故が起きた場所 <input type="checkbox"/> A.家庭(ア自宅 イ実家 ウその他) <input type="checkbox"/> B.保育園・幼稚園 <input type="checkbox"/> C.小学校・中学校・高校 <input type="checkbox"/> D.店舗など <input type="checkbox"/> E.公園 <input type="checkbox"/> F.道路 <input type="checkbox"/> G.公共施設 <input type="checkbox"/> H.海・山・川などの自然環境 <input type="checkbox"/> I.その他 <input type="text"/>	15. 14の時の場所の詳細	
	"A.家庭"の場合 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 浴槽・風呂場 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベランダ <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 縁側 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	"B.保育園・幼稚園"の場合 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 園庭 <input type="checkbox"/> 砂場 <input type="checkbox"/> 中庭 <input type="checkbox"/> テラス <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
C~Iの場所(例 横断歩道)の場合の詳細 <input type="text"/>		

16. 事故を起こした直前にしていた行動は わからない

17. 一緒にいた人は

なし 母親 父親 祖父 祖母 その他の大人 兄弟 兄弟以外の子ども

教師 (担任・養護教諭・保育士など) その他

"兄弟", "兄弟以外の子ども"を答えた場合 怪我をしたお子さんとの年齢差は 歳 (上・下)

18. 一緒にいた人は事故が起こった時に何をしていたか

一緒にいた人は事故を見ていたか (見ていた・見ていない・わからない)

治療の詳細

19. 傷害の種類

骨折 脱臼 捻挫 切断 擦過傷 挫傷 打撲傷 刺傷 切傷

裂傷 頭蓋内損傷 呼吸器傷害(窒息など) 異物の侵入 溺水 熱傷 凍傷

爪剥離 感電傷害 誤飲・中毒 肘内障 虫刺症 窒息 その他の傷病

20. 治療状況

経過治療(治療不要) 処置施行(即日治療完了) 要通院(回) 要入院(日間)

転医 その他

21. かかった治療費 円

その他の詳細

事故が起こった時の状況や気づいたことを詳しく記入してください。(時間があるときだけで結構です。)

例) 子供部屋にあるベッド(高さ30センチくらい)からジャンプして床に頭を打った。その時、お母さんはお昼ご飯を作っていた。泣き声が出たので気がついた。

怪我の部位

ID

22. 傷害部位(怪我した部分をすべてを選んでください)

- 頭部 顔面 眼 耳・平衡器 口・口腔・歯 鼻・咽頭 顎部
 食道 気道 胸部 腹部 背部 腰部・臀部 会陰部
 上肢(肩)前腕 手掌・手背(手首) 手指 大腿・膝・下腿 足部(足関節)
 全身 傷害部位なし(誤飲など) その他

怪我の部位を塗りつぶして下さい(頭部の詳細)

前



左側



後ろ

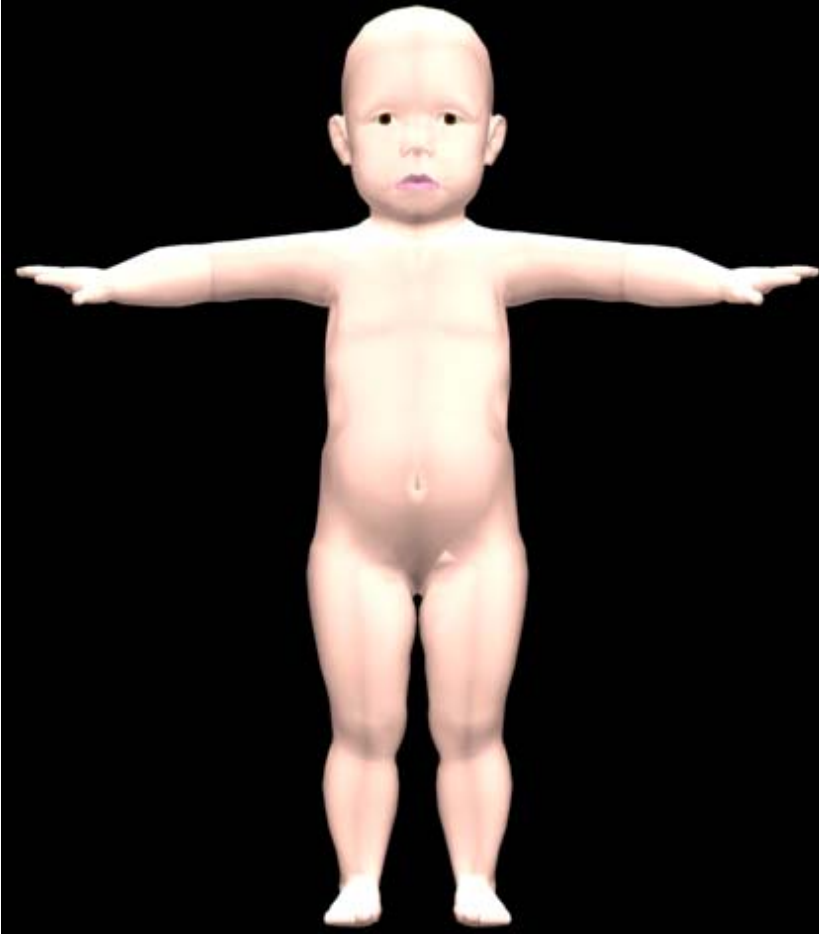


右側



怪我の部位を塗りつぶして下さい(全体)

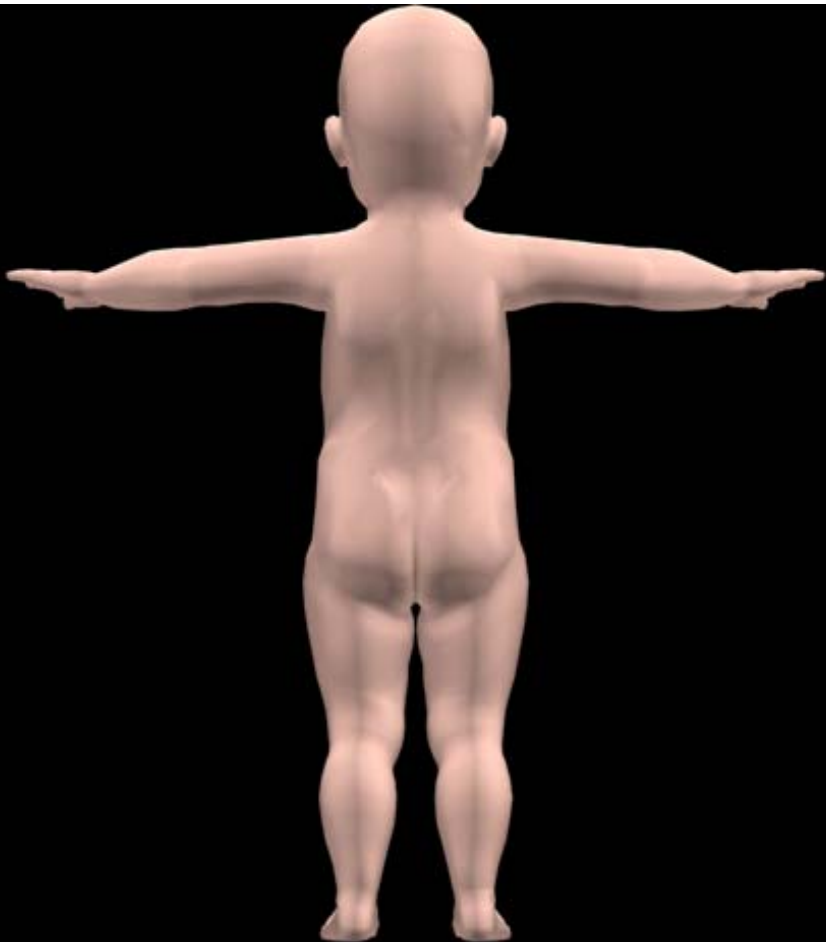
前



左側



後ろ



右側



怪我の部位を塗りつぶして下さい(手の詳細)

左手の手の平



右手の手の平



左手の手の甲



右手の手の甲



記入できない部位用(例)口の中など)