指定障害福祉サービス事業者等　事故報告書（事業者→市）　 年 月 日

 （発生後速やかに報告）

（あて先）障がい福祉課長

 報告者 法人名

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所（施設）名 |  |
| 職氏名 |  |

次のとおり施設における事故について報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　１　対象者 | 氏名等 | 氏名： 年齢： 性別： |  |
| 利用開始日 | 　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 　　　　　　　　 |  |
| 住　　　　　　所 |  |  |
| サービス種別 |  |  |
| 障害手帳の等級 | 　身体 　療育 　精神 等級： 　 障害支援区分： |  |
| 事故前の利用者の状態 | 　車椅子 自力歩行 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）ま |  |
| 　２　事故の概要 | 発生日時 | 　　 年 月 日 時 分 頃 |  |
| 発生場所 | ※事故発生状況略図（見取り図）等を添付 |  |
| 事故の種別 | 病気・けが 死亡 職員の法令違反、不祥事 その他（ | ） |
| 事故の内容 |  |  |
| 3 　事故発生時の対 | 連絡、受診した医療機関名、住所等 |  |  |
| 診断・治療の概要 |  |  |

裏面あり

有

→

（

）

無

未交渉

時間経過に沿った

利用者の状況等

再

発

防

止

策

損害賠償等の状況

（対応内容を具体的に

対

応

家族への説明

　注1）記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

　注2)事故発生状況略図（見取り図）等を添付してください。

　注3）再発防止についての取り組みや損害賠償等の状況については、後日の報告となってもかまいません。