障がい福祉サービス事業者等事故等報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | | | | | | | 事業所名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | | |  |  |  | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  |  |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | 電話 | | |  | | | | | |
| サービスの種類 | | | | |  | | | | | | | | | | 担当者名 | | | | |  | | | | |
| 事故等対象者 | | 氏名 | |  | | | | | | (生年月日　　年　　月　　日) | | | | | | | 受給者証番号 | | | | |  | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | 障がい支援区分 | | | | |  | | |
| 事故の概要 | 日時 | | | 年　　月　　日  午前・午後　　時　　分 | | | | | | | | 場所 | | | |  | | | | | | | | |
| 種別 | | | ケガ・死亡・感染症・法令違反等・その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故等の内容 | | | (事故の原因、事故発生時の状況、事故の程度を簡潔に記載する。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故時の対応 | 対処方法 | | | (事業所での処置、病院等への搬送、家族への連絡等を記載する。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療機関 | | | (医療機関名、所在地を記載する。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療の概要 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故後の対応 | 利用者の状況 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族への報告・説明 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償等の状況 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再発防止対策 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　記載できない場合は、任意に別紙に記載し、添付すること。