**事故報告書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | | | | 事業所名 | |  | | | | | |
| 事業所番号 | |  | | | | 事業所所在地 | |  | | | | | |
| サービス種別 | |  | | | | 施設長名 | |  | | | | | |
| 連絡担当者 | |  | | | | 連絡先TEL | |  | | | | | |
| 事故等の対象者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | 生年月日 | | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　　月　　　日生  （　　　　　　　歳） | | | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 【利用者】 | 受給者番号 | |  | | | 支給決定市町 | | | | |  | | |
| 障がい種別 | | 身体・知的・精神・発達 | | | 障がい支援区分 | | | | | 区分 | | |
| 身体障害者手帳 | |  | | | 療育手帳 | | | | | Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２ | | |
| 精神障害者手帳 | |  | | | サービス利用  開始年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 【従事者】 | 勤務年数 | |  | | | | | | | | | | |
| 事故の概要 | 発生日時  または発見日時 | | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　） | | | | | | 発生場所 |  | | | | |
| 種　別 | | 怪我・死亡・食中毒・感染症・行方不明・法令違反・不祥事等・その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 事故等の内容 | | （事故の原因・経緯、発生・発見時の状況、けがの程度　等） | | | | | | | | | | | |
| 事故発生時の対応 | 対応状況 | | （事業所での処置、医療機関への搬送、医療機関受診時の状況、警察の対応等) | | | | | | | | | | | |
| 受診医療機関名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 診断概要等 | | （診断の概要、診察・治療後の利用者の状況、入院・通院指示　等） | | | | | | | | | | | |
| 連絡済関係機関 | |  | | | | | | | | | | | |
| 事故後の対応状況 | 家族等への  対応状況 | | 連絡相手の氏名 | |  | | | | | | 利用者との続柄 | |  | |
| 居住市町 | |  | | | | | |
| 連絡日時　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　午前・午後　　　　時 | | | | | | | | | | | |
| 家族等の対応、コメント　等 | | | | | | | | | | | |
| 費用負担  損害賠償等 | |  | | | | | | | | | | | |
| 再発防止策　等 | | |  | | | | | | | | | | | |

＊１案件で複数の利用者が負傷等した場合は、利用者１名につき１枚作成してください。

＊原則として、事故発生から２４時間以内に県・支給決定市町に第１報を入れてください。ただし、休日・夜間の場合は、緊急時を除いて平日日中に報告するようご協力ください。

＊上記の項目が記載されていれば任意の様式で報告いただいても結構です。記載欄が不足する場合は任意の用紙を足していただいても結構ですが、利用者１名につきＡ４縦長用紙２枚以内で作成してください。