

事故報告書

(指定障害福祉サービス事業者等)

呉市長様

令和 年 月 日

報告者	事業者名 (法人名)	事業所番号					
	事業所名	事業所所在地					
	サービス種別	担当者名	電話番号				
事故対象者	ふりがな	居住地					
	氏名	生年月日	年 月 日	性別	男・女		
	受給者証番号	障害支援区分	障害種別 (該当に○)	身体 知的 精神 難病 児童			
事故の概要	発生日時	令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分		発生場所			
	種別 (該当に○)	骨折 やけど 打撲・捻挫・脱臼 切り傷・擦過傷 誤嚥・窒息 職員の法令違反 その他() 死亡 死亡に至った場合はその死亡年月日 令和 年 月 日					
	原因や内容等	(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。)					
事故発生時の対応	対処内容	(家族や警察への連絡, 病院等への搬送, 事業所での処置等を記載する。)					
	治療機関	(医療機関の名称及び所在地を記載する。)					
	診断結果及び治療内容						
事故発生後の対応	利用者の状況	(病状, 入院の有無, 入院の場合は入院予定期間等を記載する。)					
	家族への報告・説明	(報告日時, 報告手段, 家族の続柄, 相手方の言い分等を記載する。)					
	損害賠償等の状況 (該当に○)	有 無	→ (「有」の場合, 対応内容を具体的に記載する。)				
事故再発防止策の取組 (具体的に記入)	(サービス提供によらない場合でも, 再発防止のために必要な対策があれば具体的に記載する。)						

※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。

※2 事故について, 詳細な記録(介護・看護記録等)や図がある場合は, あわせて添付してください。