**事　故　報　告　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者 |  | 記入年月日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 提出年月日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 事業所名 |  | 事業所所在地 |  |
| 事業種別 |  | 事業所電話番号 |  |
| 利用者 | （フリガナ）氏名 |  | 年齢 |  | 性別 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障がい種別 | （該当するものに〇を付けてください。）身体障がい　　知的障がい　　精神障がい（発達障がいを除く）　　発達障がい　　その他心身の機能の障がい | 障がい支援区分 |  |
| 住所 |  | 電話番号 | －　　　　　－ |
| 援護の実施者等 | 利用者の属する市町村名（担当課・担当者名） |  | 報告年月日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 事業所所在地の市町村名（担当課・担当者名） |  | 報告年月日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 事故等の概要 | 日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　分 | （状況図） |
| 発生場所 |  |
| 事故等の種類 | □死亡　□転倒・転落　□急病　□誤嚥・誤飲　□食中毒 □感染症　□暴力行為□行方不明　□交通事故　□事業所の事故（火災等）　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 対応窓口（担当者） |  |
| 事故等の内容（具体的に） |  |
| 発見時の状況 | 第一発見者 |  |
| 発見時の状況 | 【□介護中　　□リハビリ中　　□レクレーション中　　□食事中　　□移動中　　□その他（　　　　　　　　　　　）】 |
| 事故時の対応 | 応急処置の概要 | （対応者・時間等を明確に） |
| 治療等を行った医療機関等 |  | 診断結果 |  |
| 治療・処置内容 |  |
| 連絡した関係機関 |  | 連絡日時 | 令和　　月　　日（　　）　　　　時　　分 |
|  | 連絡日時 | 令和　　月　　日（　　）　　　　時　　分 |
|  | 連絡日時 | 令和　　月　　日（　　）　　　　時　　分 |
| 家族等への説明状況 |  |
| 損害賠償の発生状況 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| その後の経過 | その後の経過 |  |
| 顚末（結果） |  |
| 再発（未然防止）のための取組み | 事故等が発生した要因分析 |  |
| 再発（未然）防止のための改善策 |  |
| 改善策の実践状況 |  |
| ※事故発生後、本県に対して速やかに報告ができていない場合その理由 |
| （備　　　　　考） |