

障害児通所支援事業者 事故報告書（事業者→市町）

令和 年 月 日

当事業所・施設において、次のような事故が発生したので報告します。

1 事業所の概要	法人名																
	事業所（施設）名							管理者名									
	事業所番号																
	所在地							電話番号									
								FAX番号									
記載者職氏名																	
支援の種類 （事故が発生した 支援）	<input type="checkbox"/> 児童発達支援						<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援										
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援センター																
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス																
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援																
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢：						性別：									
	受給者証番号							サービス提供日	年 月 日								
	保護者住所※							保護者 電話番号※									
3 事故の概要	発生時等	年 月 日 時 分 【 <input type="checkbox"/> 支援中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他（ ） 】															
	発生場所																
	事故の種別 （複数の場合は、 もっとも症状の重いもの）	<input type="checkbox"/> 骨折				<input type="checkbox"/> やけど				<input type="checkbox"/> 感染症等				<input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ			
		<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼				<input type="checkbox"/> その他の外傷				<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事							
		<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷				<input type="checkbox"/> 食中毒				<input type="checkbox"/> その他（ ）							
	死亡に至った場合はその死亡年月日： 令和 年 月 日																
事故の内容	(感染症等の場合は、疾患名、最初に患者が発生した日、利用者・従業員の発生者数、主な症状)																
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)															
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)															
	治療の概要																
	連絡済みの関係機関	<input type="checkbox"/> 家族等				<input type="checkbox"/> 保健所				<input type="checkbox"/> その他（ ）							
5 事故発生後の対応	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況。感染症等による患者の集団発生の場合は患者数の推移)															
	家族への報告、説明内容	(連絡日時等もできるだけ詳しく記入すること)															
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。（内容 ）															
	損害賠償等の状況																
再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)																

注）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。

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。

※ 保護者に関する情報（住所、電話番号）は、記載に支障がある場合は（個人情報保護等）未記入でも結構です。