

障害児入所施設 事故報告書（事業者→市町）

令和 年 月 日

当施設において、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													
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（ ）			
		<input type="checkbox"/> 異食・誤えん												
		死亡に至った場合はその死亡年月日： 令和 年 月 日												
4 事故発生時の対応	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)												
	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。