

行き

指定障害福祉サービス事業所等の事故等報告書

報告年月日: 年 月 日
(第一報: 年 月 日)

1 事業所の概要

法人名		法人代表者名	
事業所番号		サービスの種類	
事業所名		管理者名	
事業所住所			
電話番号		FAX番号	

2 利用者の状況

氏名		受給者番号	
年齢		性別	男 女
住所		支給決定市町村	
支給決定サービス			

3 事故の概要

日時	年月日 曜日 時 分		
場所			
事故等の内容	(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。)		
事故等発生時の対応	対処方法	(事業所での処置、病院等への搬送、家族への連絡、関係機関の指示、被害の拡大防止策等を記載する。)	
	治療の概要	(医療機関名、所在地、治療の内容を記載する。)	
	治療(見込み)期間		
※ 損害賠償等の状況			
※ 再発防止に向けた対応策等			

【記載する上での留意点等】

- * 「※損害賠償等の状況」と「※再発防止に向けた対応策等」の欄は、検討中の場合はその旨記載し、後日改めて報告してください。
- * 本様式の記載事項がすべて含まれている場合は、事業所で定めた様式で報告しても差し支えありません。