障害福祉サービス事業者　事故報告書

　　　　年　　　月　　　日

豊中市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 管理者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービスの種類 |  | | | | |
| 利用者  (対象者) | ふりがな |  | | 性別 |  |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 住所 |  | | 電話番号 |  |
| 事故の  概要 | 発生日時 | | 年　　月　　日（　　）　　　　時　　　分頃 | | |
| 発生場所 | |  | | |
| 事故の種類 | | 死亡　転倒・転落　急病　誤嚥・誤飲　介護ミス  食中毒　感染症　暴力行為　行方不明  事業所等の事故（火災等）　交通事故  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 事故の  内容  ※発見時の状況、経緯を時系列で記載 | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故時の  対応 | 対処の方法 |  | | | | |
| 治療等を  行った  医療機関 | 医療機関名 | |  | | |
| 所　在　地 | |  | | |
| 治療等の  内容  ※ 診断結果や医師からの助言などを含めて記載 |  | | | | |
| 事故後の  対応 | 利用者の  状態  ※ 状態、病状、入院の有無などを記載 |  | | | | |
| 家族等への報告・説明 | 日時 |  | | 方法 |  |
| 氏名 |  | | 続柄 |  |
| 住所 |  | | | |
| 状況 |  | | | |
| 結果 |  | | | |
| 損害賠償に関する状況 |  | | | | |
| 再発防止に向けての  今後の対応 |  | | | | | |
| その他  特記事項 |  | | | | | |