障がい福祉サービス事業所等

事故報告書

（ あて先 ） 山 形 市 長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 施設・事業所の名称 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| 報告責任者　職氏名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **事故報告区分** | □　事故発生報告 | | | | | | | | | | | □　事故処理報告 | | | | | | | | | | | |
| **事故発生日時** | 令和　　年　　月　　日（　）　　　　　時　　分（頃） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **事故の区分** | □　サービス提供により発生した事故 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □　死亡 | | | | | | □　負傷 | | | | □　交通事故 | | | | | | | □　行方不明 | | | | |
|  | □　その他 | | | | 詳細 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| □　集団感染 | | | | | 詳細 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| □　集団食中毒 | | | | | 詳細 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| □　その他 | | | | | 詳細 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **事故の内容　及び**  **事故直後に取った対応**  ※複数の利用者等が関係する事故にあっては、氏名欄を「別紙参照」とし、別紙で提出してください。  ※従業員・第三者の負傷等の場合は、その旨分かるように記載してください。  （○○（従業者）等）  ※火災・自然災害等による施設損壊のみの場合は、氏名等の記載は不要です。 | 利用者等の氏名 | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | |
| 年　月　日 | | | | | | | | ○○歳 | |
| 障がい種別 | | | □ 身体 | | | | | □ 知的 | | | | □ 精神 | | | | □ 難病 | | | | □ 児 | | |
| 支給決定 | | | （市町村名を記入） | | | | | | | | | | 区分 | |  | | | | | | | |
| サービス種類 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **内容等** | | ※発生した場所、原因、負傷箇所等が分かるよう、詳細に記載してください。集団感染・食中毒は、保健所への報告書の写しの添付で記載に代えることが出来ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 治療期間（負傷等の場合） | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | 相手方氏名（交通事故等の場合） | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **連絡の有無** | 利用者の家族・保護者等への連絡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　未 | | □　済 | | | | 連絡日時 | | | | 月　　日　　　時　　分 | | | | | | | | | | | | |
| 相手方氏名 | | | |  | | | | | | | 関係 | |  | | | |
| 相談支援事業所への連絡（事業所名：　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　未 | | □　済 | | | | 連絡日時 | | | | 月　　日　　　時　　分 | | | | | | | | | | | | |
| 相手方氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **事故後の対応・経過・**  **結果・再発防止策**  ※事故処理報告時記入 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **利用者・家族からの**  **苦情等** | □　無 | | □　有 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 内容 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **費用負担等**  ※治療費負担の方法（事業所負担か利用者負担か）、損害賠償保険適用等について記載すること。 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※記載欄に書ききれない場合、記載欄を広げるか、別途任意様式に記載し本書に添付してください。

【報告先】山形市役所　指導監査課 障がい福祉指導係