|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　 年　　 月　 　日 |
| 　再発防止策の実施状況報告書　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  |
| 江戸川区障害者福祉課長　 殿 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 　事業所名 |
| 　 | 　管理者名　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 　担当者名 |
|  |
| 利用者（当事者） | ﾌﾘｶﾞﾅ | 　 | 障害支援区分等 | 　 |
| 氏　名 | 　 | 事故発生日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 性　別 |  | 年　齢 | 歳 | 事故報告提出日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 　類型 | 1．転倒・転落　　２．誤嚥　　３．感染症　　４．誤薬　　5．行方不明　　6．その他（　　　　　　　　　　　） |
|  検討者 |   |
| 　発生原因の分析　　　　　（再発防止策の根拠） |  |
| 再発防止策 |  |
| 再発防止策の実施状況　　　　　　　　　　評価・検証 | 　再発防止策の実施期間　　【　　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　】 |
| 実施状況（いつ何を行ったかを具体的に記載してください）評価・検証（実施した結果、職員の意識・知識など以前と変わった部分の評価・検証をしてください）　　 |
|  損害賠償・医療費等の負担状況 | 有　・　無 | 該当に○を記入し状況等を記載 |
|  |

【提出先】江戸川区 福祉部 障害者福祉課 事業者支援係（TEL　０３－５６６２－０７１２）