|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）