|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 平成　　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | | | |
| 事　　故　　報　　告　　書 | | | | | | | |
| 江戸川区障害者福祉課長　 殿 | | |
| 事業者（法人）名及び代表者名 | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | 事業所所在地 | |  | |
| サービス種別 | | | | 事業所管理者名 | | 印 | |
| 担当者名 | | | | | 連絡先 |  | |
| １　利用者 （事故当事者） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | 障害福祉ｻｰﾋﾞｽ受給者証番号 | |  |
| 氏　名 |  | | | 地域生活支援事業受給者証番号 | |  |
| 児童通所受給者証番号 | |  |
| 性　別 |  | 年　齢 | 歳 | 障害程度区分等 | |  |
| ２　事故の 概要 | 発生日時 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　　　　　時　　　　　分　（24時制で記入） | | | | | |
| 発生場所 |  | | | | | |
| 事故類型 | 1．転倒・転落　　２．誤嚥　　３．感染症　　４．誤薬　　5．行方不明　　6．その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
|  | サービス開始日　：　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
|  | 日頃の状況、障害名、ADL等： | | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  | 事故時の利用者の状態、職員体制等： | | | | | |
|  |
| 概　要 |
|  |
|  | 事故時の状況： | | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 発　生　原　因 |  | | | | | |
| ３　事故時  　　の対応 | 対応・治療・診断等 | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| 治療した医療機関名 | |  | | 医療機関 所在地 |  | |
| 家族への連絡：【　　　　　　】に【　　　　　　】が連絡　　　平成 　年 　月 　日 　 時 　 　分 | | | | | | |
| 〔家族の状況、連絡時の反応〕 | | | | | | |
| ４　事故後 　　の対応 | 利用者の現況 | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| 今後の対応と再発防止策 | | | 再発防止策の実施期間【　　　　　　　　～　　　　　　　　】 | | | |
|  | | | | | | |
| 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 | |
|  | | | | | | |
|  | 注１）　記載しきれない場合は、適宜別紙を添付してください。 | | | | | | |
|  | ２）　複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則とし | | | | | | |
|  | ますが、利用者欄以外の記載内容が同じ場合には、当事者一覧を添付すること | | | | | | |
|  | により、一括して報告できるものとします。 | | | | | | |
|  | ３）　区から指示があった場合、別紙の「再発防止策の実施状況報告書」を提出してください。 | | | | | | |

【提出先】江戸川区 福祉部 障害者福祉課 事業者調整係

（TEL　０３－５６６２－０７１２）