|  |
| --- |
| 　　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）