障害福祉サービス事業者等事故（発生・最終）報告書

年　　月　　日

福 山 市 長　様

（障がい福祉課）

所在地　　 福山市御幸町下岩成248-1

事業所名　　　みゆき広場

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １事業者 | 報告者 |  | サービス種別 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ２利用者 | ふりがな |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名前 |  |
| 住所 | 市　　　　　　　　町 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 | 性別 | 男　　女 |
| 障害種別 | 身体　知的　精神　児童 | 障害程度区分 | なし　 1 　2 　3 　4 　5 　6 |
| ３事故の概要 | 発生日時 | 年　　月　　日（　　） | 午前・午後　　　時　　　分 |
| 発見日時（発生日時が不明の場合） | 年　　月　　日（　　） | 午前・午後　　　時　　　分 |
| 事故の種別（該当するものに○印） | 骨折　　　やけど　　　打撲・捻挫・脱臼　　　切傷・擦過傷誤嚥・窒息　　職員の法令違反　　その他（　　　　　　　　　）　不明 |
| 死亡 | 死亡に至った場合はその死亡年月日　　　　年　　　月　　　日 |
| 事故発生場所（該当するものに○印） | 食堂・リビング　　トイレ　　脱衣室・浴室　　居室・静養室　　階段・廊下屋外（敷地内）　　敷地外　　不明　　　その他（　　　　　　　　　　） |
| 原因及び内容 |  |
| ４事故発生時の対応 | 対処内容（家族や警察への連絡,病院への搬送等） |  |
| 受診医療機関名 |  |
| 診断結果及び治療内容 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ５事故発生の状況 | 事故発生報告書提出日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　） |
| 利用者の状況 |  |
| 家族への説明書状況 |  |
| 損害賠償等の状況（該当する方に○印） | 有→（対応内容を具体的に）無 |
| ６事故の再発防止策 | 事故再発防止の取組み（具体的に記入すること） |  |

※事故発生報告書（発生を○で囲む。）は,事故発生後,利用者の保護や家族への連絡などの初期対応の後,速やかに1～4欄を記入して提出してください。ただし,事故処理が早い場合は,事故最終報告書として提出して下さい。事故最終報告書（最終を○で囲む。）,事故処理が終了した後,5・6欄を記入して内容を利用者又は家族に説明し,提出の同意を得たうえで市へ提出して下さい。