**障害福祉サービス事業者等　事故報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（あて先）東大阪市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法　人　名

法人所在地

代表者　職・氏名

当事業所（施設）において、次のような事故が発生したので報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **１**  **事業所** | 事業所（施設）名  及び所在地 | | 事業所（施設）名  事業所番号  所在地  管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所電話番号 | |
| サービス種類 | |  | |
| 記入者氏名 | |  | |
| **２**　**利用者**  **（事故対象者）** | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　）　S・H・R　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　歳）  住所  支援区分  電話番号  他利用サービス事業所名 | | |
| **３事故の状況** | ①発生日時 | | | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　午前　・　午後　　　　　時　　　　　分頃 |
| ②発生場所 | | |  |
| ③種別  （該当するものに○をする） | | | 利用者の負傷　・　利用者の死亡　・　誤嚥　・　感染症　・　職員の不祥事　・　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④内容  （発生状況、経緯、事故対象者の状況、原因等を記載） | | |  |
| **４事故時の対応** | ①対処の内容  （応急処置、家族等の連絡状況等を記載） | | |  |
| ②治療をした医療機関名 | | |  |
| ③治療の概要  （診断結果等） | | |  |
| **５事故後の対応** | ①利用者の状況  （病状、入院の有無等） | | |  |
| ②家族への対応  （報告・説明、家族の反応等） | | |  |
| ③損害賠償等の状況 | | |  |
| **６　事故の再発防止策** | | | |  |

※　事故について、詳細な記録（日報等）がある場合は併せて添付してください。記入欄が不足する場合は記載欄を調整して下さい。