

障害福祉サービス事業所等事故報告書 (第一報)

大津市長 宛

報 告 日 _____

施 設 名 _____

報 告 者 _____

連絡先 _____

発 生 日 時	_____年____月____日 (____) 午前・午後____時____分頃 発生・発見		
発 生 場 所			
利 用 者 名		援護元市町村	
概 要			
発 生 経 過			
今 後 の 対 応			
そ の 他			

(あて先)
大津市長

所在地 _____
名称 _____
代表者 _____

事故が発生したため、下記のとおり報告いたします。

事業所情報	事業所名																			
	事業所所在地																			
	管理者名																			
	担当																			
	連絡先																			
利用者情報	受給者証番号																	性別	男 ・ 女	
	氏名												生年月日	年 月 日						
	住所	〒																		
	利用者の心身の状況																			
事故の概要	事故発生日時	_____年_____月_____日 (_____) 午前・午後_____時_____分頃 発生・発見																		
	事故の場所	(例：トイレ、送迎中 など)																		
	事故の種類	(例：転倒、誤嚥 など)																		
	事故の結果	(例：死亡、骨折 など)																		
	事故発生状況	・経緯 ・対応 ・原因 等について																		
事後の対応	家族への対応	① _____月 _____日 _____時頃 (誰 _____) に説明済み ② 連絡せず (理由: _____)																		
	家族の反応	(トラブル等が発生していないか 等)																		
	関係機関への連絡	① 警察への連絡 (した ・ していない ・ 不要) ② 保健所への連絡 (した ・ していない ・ 不要) ③ 大津市への第一報 (した ・ していない ・ 不要)																		

その他	再発防止 のための 方策・改善策	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	損害賠償 等の状況	<p style="text-align: center;">損害賠償保険を利用 (した ・ していない)</p> <p>① 利用した場合</p> <p style="margin-left: 40px;">保険会社名： _____ . 保険名： _____</p> <p>賠償（請求）の内容</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>② 利用していない場合（理由）</p>

追記・補足欄	<hr/>
--------	---

(以下空白)

大津市受付印