

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：） （トラブル等が発生していないか 等）																
	家族の反応																	
	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 ）																

[illegible]

障害福祉課受付印

--