**事故報告書（中間・確定）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 本部所在地 |  |
| 事業所名 |  | 所在地 |  |
| 事業所番号 |  | ｻｰﾋﾞｽ種別 |  |
| 施設長名 |  | 連絡担当者 |  |
| 事故の当事者（利用者） | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）生年月日　T・S・H・R　　年　　月　　日生（　　歳） | 障害種別 | 身体・知的・精神・発達 |
| 支援区分 | 　区分　 |
| 身体障害者手帳 |  |
| 住　所  |
| 療育手帳 | Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２ |
| 受給者番号　　 | 精神障害者手帳 | 　 |
| サービス利用開始年月日　　　　年　　月　　日 |
| 事故発生時の状況 | 発生日時または発見日時 | 　　　年　　月　　日（　）午前・午後　　　時　　　分 | 場所 　 |
| 事故等の内容  | （事故の原因・経緯、発生・発見時の状況、けがの程度　等） |
| 事故への対応状況 | 対応状況 | （事業所での処置、医療機関への搬送、受診時の状況　等) 　 |
| 受診医療機関 | 　　　　　　　　　  |
| 診断概要等 | （診断の概要、診察・治療後の利用者の状況、入院・通院指示　等） |
| 事故後の対応状況 | 家族等への連絡状況 | 連絡相手の氏名　　　　　　　　　　　　　　　利用者との続柄　居住市町　　 |
| 連絡日時　　　　　　年　　月　　日（　）　午前・午後　　　時　　　分 |
| 家族の対応、コメント　等 |
| 費用負担損害賠償等 |  |
| 再発防止策　等 |  |

＊１案件で複数の利用者が負傷等した場合は、利用者１名につき１枚作成してください。

＊記載欄が不足する場合は任意の用紙を足していただいても結構です。

＊参考様式の項目が記載されていれば任意の様式でも結構です。

＊原則として、事故発生から２４時間以内に市および利用者の支給決定市町に電話により第一報を入れてください。ただし、事故発生が休日・夜間の場合は、緊急時を除いて平日の日中に報告するよう御協力ください。