

様式1

障害福祉サービス事業者等 事故報告書（事業者→横手市）

第 報

令和 年 月 日

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 事業所概要	法人名												
	事業所（施設）名							管理者名					
	事業所番号												
	所在地							電話番号					
								FAX番号					
2 対象者概要	記載者職氏名												
	サービス種類 （事故が発生したサービス）	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 児童デイ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 共同生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 旧法施設支援（種別：) <input type="checkbox"/> 相談支援											
	地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> その他（)											
	氏名・年齢・性別	年齢： 性別：											
	障害種別・障害程度区分	障害種別：（身体・知的・精神・児童） 障害程度区分：区分（ ）・児童・非該当											
3 事故概要	受給者証番号							サービス提供日	年 月 日				
	住所							電話番号					
	発生時等	年 月 日 時 分 【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他（ ） 】											
	発生場所												
	事故の種別 （複数の場合は、 もっとも症状の重いもの）	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症等 <input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他（) <input type="checkbox"/> 異食・誤えん											
4 事故発生時の対応	死亡に至った場合はその死亡年月日： 平成 年 月 日												
	事故の内容	(感染症等の場合は、疾患名、最初に患者が発生した日、利用者・従業員の発生日数、主な症状)											
	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)											
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)											
	治療の概要												
5 事故発生後の対応	連絡済みの関係機関	<input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> その他（)											
	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況。感染症等による患者の集団発生の場合は患者数の推移)											
	家族への報告、説明内容	(連絡日時等もできるだけ詳しく記入すること)											
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。（内容)											
	損害賠償等の状況												
再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)												

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

事故について、詳細な記録（介護・看護記録等）や図がある場合は、あわせて添付してください。