

堺市指定障害福祉サービス事業所等事故報告書

堺市長 殿

法人名 _____

代表者 職・氏名 _____

事業所名					作成日	年 月 日 ()	
担当者 (役 職)	(連絡先: _____)				サービス 種 別		
利 用 者	ふりがな 氏 名		性別		障害の内容・ 障害支援区分		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	職 業		
	住 所・ 電話番号	()					
援護の 実施者	市町村 (担当課・担当者名)	()	報 告 日	年 月 日 ()			
事 故 等 の 概 要	発 生 日 時	年 月 日 () 午前・午後 時 分					
	発 生 場 所 (住所を記載。室内の場合 は具体的な場所も記載)						
	事 故 等 の 種 類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 負傷・疾病等() <input type="checkbox"/> 一酸化炭素中毒の発生 <input type="checkbox"/> 火災・風水害の被害 <input type="checkbox"/> 食中毒の発生 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 個人情報の流出 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 事業所等又は従業員の不祥事 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の対象事案 <input type="checkbox"/> 障害児の事故等() <input type="checkbox"/> その他()					
	事 故 等 の 内 容 (具体的に記載)						
発 見 時 の 状 況	第一発見者氏名	(役職等)					
	発見時刻 及び状況	【発見日時: 年 月 日 午前・午後 時 分】					
事 故 後 の 対 応	応 急 処 置 の 概 要 (時間・対応者等を 時系列で記載)						
	治 療 等 を 行 っ た 医 療 機 関 等		診 断 結 果				
	医 療 機 関 等 で の 治 療 ・ 処 置 の 内 容						

様式第1号 (第3条関係)

	連絡を行った 関係機関		年 月 日 () 時 分連絡
			年 月 日 () 時 分連絡
			年 月 日 () 時 分連絡
	家族等への 説明状況	年 月 日 (家族等氏名 続柄)に説明 説明状況 ()	
	損害賠償保険 の利用状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その 後の 経過	経 過		
	顛末 (結果)		
再発防止のための取組	事故等が発生した 要因分析 (箇条書)		
	再 発 防 止 のための改善策 (箇条書)		
	改 善 策 の 実践状況 (箇条書)		
(備 考)			

※この様式に書ききれない場合は、別紙(様式自由)に記入してください。