障害福祉サービス事業者等　事故報告書（事業者→市町村等）

年　月　日

（あて先）仙台市長　支給決定市町村（　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人情報 | 法人名称 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所等 | 事業所名称 | | |  | | | | | | | | | | | |
| サービス種類   * 事故が発生 したサービス | | | 居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護  療養介護 生活介護 短期入所 重度障害者等包括支援  自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練） 就労移行支援  就労継続支援Ａ型 就労継続支援Ｂ型 就労定着支援  自立生活援助 共同生活援助 施設入所支援  地域相談支援 計画相談支援 障害児相談支援  児童発達支援（センター以外） 児童発達支援センター  放課後等デイサービス 保育所等訪問支援 障害児入所施設  指定医療機関 福祉ホーム 地域活動支援センター  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | | | | 管理者氏名 | | |  | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | 電話番号 | | |  | | | | |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 | | |  | | | | |
| 報告書記載者 | 職名 |  | | | | | | 氏名 | |  | | | | | |
| 対象者 | 氏名 |  | | | | | | 年齢 | |  | | | | 性別 |  |
| 障害種別 | | | | | 身体　知的　精神　難病　児童 | | | | | | | | | |
| 障害程度区分 | | | | | 区分（　　　）　　非該当 | | | | | | | | | |
| 支給決定市町村 | | | | |  | | 受給者番号 | | | |  | | | |
| 事故の概要 | 発生日時 | | 令和　　年　　月　　日　　時　　分 | | | | | | 死亡に至った場合  死亡年月日 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 発生場所 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 発生時の状況 | | | | 介護中　食事中　入浴中　送迎中　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 事故の種別 | | | | 骨折　やけど　打撲　捻挫　脱臼　切傷・擦過傷  その他の外傷　　異食・誤嚥　　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 事故の内容 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 事故発生時の対応 | 対処の内容  （時刻等も詳しく記載） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 治療した医療機関 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 治療の概要 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 連絡済の関係機関等 | | | | | | 家族等　支給決定市町村　指定権者　その他（　　　　　） | | | | | | | | |
| 事故発生後の対応 | 利用者の状況  （病状等） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 家族への連絡内容  （日時等も詳しく記載） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 経過 | | | | | | 解決又は終結している　継続している（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 損害賠償の状況 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 発生防止策 | 事故の原因分析結果 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 分析結果を踏まえた  再発防止策 | | | | | |  | | | | | | | | |

記載しきれない場合は任意の別紙を添付のこと。