事　故　報　告　書

平成　　年　　月　　日

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス種別

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所（施設）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所（施設）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　平成　　年　　月　　日に発生した事故（災害）について、次のとおり報告します。

|  |
| --- |
| １　事故の概要 |
| 　 |
| ２　発生日時 |
| 　　平成 　　年 　　月 　　日（　　曜日）　　　　　時 　　分 |
| ３　当事者 |
| ふりがな |  | 性　別 | 生 年 月 日 |
| 氏　名 |  |  | 　　　　　年 　　月 　　日（ 　　歳） |
| 障害種別 | 障害支援区分 | 援護実施市区町村 |
| 身体・知的・精神・児童 |  |  |
| ４　事故の詳細（発生場所・経緯・原因 等） |
| 　 |
| ５　対応状況等（事故への対応状況、援護実施市区町村・利用者の家族等関係者への連絡の状況、当事者の現況 等）　　※　通院・搬送がある場合は、診断内容・治療内容・全治に要する期間等を、警察の捜査がある場合は、捜査への対応状況・警察による事件性の判断等を、損害賠償がある場合は、その対応状況を記載してください。 |
| 　 |
| ６　再発防止への取組み |
| 　 |
| ７　その他特記事項 |
| 　 |

注　怪我及び死亡に係る事故については、経過が分かる記録等を添付してください。