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。