

【様式第1号】

障害福祉サービス事業所等における事故等発生時の報告書(事業者→市町村)

記入年月日		記入者氏名		職名	
あて先	<input type="checkbox"/> 奈良市長	<input type="checkbox"/> 支給決定市町村()			
報告	<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 報	<input type="checkbox"/> 最終報告		

① 事業所の概要	法人名						
	事業所名			事業所番号			
	事業所所在地						
	電話番号	- -		メールアドレス			
提供サービス (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"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 療養介護		
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<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"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支援		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援			
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	<input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設	<input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援			
② 対象者	氏名			生年月日		性別	
	障害種別	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 児童					
	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 区分() <input type="checkbox"/> 非該当					
	支給決定市町村			受給者番号			
③ 事故等の概要	事故等発生日	令和	年	月	日	時	分頃
	発生場所						
	事故等の種別	<input type="checkbox"/> サービス提供中の利用者のケガ又は死亡事故の発生 <input type="checkbox"/> 食中毒及び感染症等の発生 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事等の発生 <input type="checkbox"/> 人権侵害等の発生 <input type="checkbox"/> 災害被害の発生 <input type="checkbox"/> その他					
	事故等の発生時の状況、事故等内容の詳細	(日時も含め、できるだけ具体的に記載すること)					
④ 事故発生時の対応	対処の内容 (時刻等も詳しく記載)						
	受診した医療機関						
	診断名						
	治療の概要						
⑤	利用者の状況	(傷病の状況、入院の有無、その他利用者の状況について)					

事故発生後の対応	家族等への説明、報告の内容	(説明、報告の日時や相手方についても記載すること)
	関係機関への連絡	<input type="checkbox"/> 支給決定市町村 <input type="checkbox"/> 警察 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	損害賠償等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	事故等の現況	<input type="checkbox"/> 解決済み <input type="checkbox"/> 継続中(経過報告の必要あり)
⑥ その他	事故等の原因分析	(できるだけ具体的に記載すること)
	再発防止に向けた対応策	(できるだけ具体的に記載すること)
	その他特記すべき事項	

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。