事故報告書

				報	告年月日(年月	月日)
法人名							
事業所名							
事業所番号			サービス種類	類			
事業所所在地	₹						
管理者氏名			記載者氏名	名			
連絡先(TEL)			連絡先(FA	X)			
該当利用者氏名			性別•年齢	令	男・女	(歳)
受給者番号			援護の実施権	幾関			
———————————— 事故発生日時		年	 月 日	——— 時	 :頃		
 事故発生場所							
事故の種類 (該当する番号 にOをつける)	1 死亡 2 怪我 (骨折・裂傷・捻挫など) 3 誤嚥 4 食中毒		不明 の犯罪行為等	9 ₹	その他 *下記に内容	<u></u>	
事故の内容	(概要)						
事故発生時 に行った対処							
医療機関							
治療の概要							
連絡済関係機関							
利用者の状況 (病状、入院の 有無、家族への報 告説明内容等)							
損害賠償等の状況							
再発防止に向けた 対応・対策・ 今後の取り組み							
職員間の周知 徹底の方法							

[※]必要に応じて、任意用紙を追加し添付してください。

[※]報告先 〒238-8550 横須賀市小川町11番地 横須賀市 民生局福祉こども部 指導監査課 法人・障害担当