

事故等発生状況報告書

報告年月日	
-------	--

--

法人所在地	
法人名称	
代表者職氏名	

1 事故等が発生した施設・事業所

(1) 施設種別		施設種別を「その他_その他」を選択した場合は、種別を記載してください	
(2) 施設名称		(3) 所在地	
担当者名		担当者連絡先	
		担当メールアドレス	

2 事故等の分類

- ・該当する□に、○を入力すること。（「利用者処遇等に関するもの」については、1（1）の施設種別が「障がい」から始まる施設は、1～12から、「介護老人」、「児童」、「その他」から始まる施設は、1～11から選択してください。）
- ・「骨折」、「打撲」、「裂傷等」を選択した場合は、部位を併せて記載してください。
- ・「誤嚥」を選択し、重症化している場合については、「重症化欄」の欄についても、○を入力すること

利用者処遇等に関するもの			
<input type="checkbox"/> 1 死亡事故	<input type="checkbox"/> 2 不法行為	<input type="checkbox"/> 3 虐待	<input type="checkbox"/> 4 無断外出
<input type="checkbox"/> 5 失踪・行方不明	<input type="checkbox"/> 6 骨折（部位 <input type="text"/> ）	<input type="checkbox"/> 7 打撲（部位 <input type="text"/> ）	<input type="checkbox"/> 8 裂傷等（部位 <input type="text"/> ）
<input type="checkbox"/> 9 誤薬	<input type="checkbox"/> 10 誤飲・誤食	<input type="checkbox"/> 11 誤嚥（重症化 <input type="checkbox"/> ）	<input type="checkbox"/> 12 他害・自傷・自殺等
施設・事業所及び役員に関するもの			
<input type="checkbox"/> 1 不適切な会計処理	<input type="checkbox"/> 2 不法行為等		
その他			
<input type="checkbox"/> 1 火災	<input type="checkbox"/> 2 事件報道が行われた場合等	<input type="checkbox"/> 3 その他必要と認められる場合	

3 事故等の概要

--

4 事故等の発生日時・場所

(1) 日付		時刻	
(2) 場所			

5 施設等が事故等を認知した日時及び家族等への対応等

(1) 事故認知日付		時刻	
(2) 認知した経緯			
(3) 家族への連絡日付		時刻	
		氏名	(続柄)

※ 児童福祉施設等のうち道が実施機関の場合のみ記載すること

	日付	時刻
(1) 総合振興局あて		
(2) 所管児童相談所あて		
(3) 保護者等あて		

6 被害者等の状況（（2）④、⑤は児童福祉施設等のうち道が実施機関の場合のみ記載すること）

(1) 被害を受けた利用者または職員等の氏名等

住所					
(職)氏名		性別		生年月日	(0 歳)
※身体状況（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者手帳の状況等）					
① 等級			③ 障がい名等		
② 部位			④ 要介護・障害区分		

(2) 傷病名等

① 傷病名・部位			② 疾病の程度	(全治	日)
③ 入所・利用開始(採用)年月日			④ 保護者氏名			
⑤ 所管児童相談所	○○児童相談所					

7 当該事故関係者の状況

(1) 当該事故関係者の住所・氏名

住所					
(職)氏名		性別		生年月日	(0 歳)
※身体状況（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者手帳の状況等）					
① 等級			③ 障がい名等		
② 部位			④ 要介護・障害区分		

(2) 採用(入所・利用開始)年月日

日付	
----	--

8 施設・事業所の対応

(1) 事故発生時(対処の方法、受診医療機関、治療内容)
(2) 今後(対処の方法、受診医療機関、治療内容)
(3) 損害賠償・訴訟の有無等

9 事故の原因分析及び再発防止策(今後の類似事案に対する取組みを具体的に記載すること)

(1) 原因
(2) 再発防止策

10 前回事故発生年月日

日付	
----	--

※・報告提出時に確定していない事項があれば、その旨の記載し、別途報告すること。
 ・本報告をメールにより報告する際には、送信先を誤ることがないように十分に留意すること。