別紙様式（事業所等から市への報告様式）

障害福祉サービス等事故報告書

鳥取市長　　様

　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 事業所 | 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名（番号） | （　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 管理者職氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 記入者職氏名 |  | | | | | | 電話番号 | | | |  | | |
| サービス種類 |  | | | | | | | | | | | | |
| ２　利用者(事故対象者) | | 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日　　歳 | | | |
| 受給者番号 | | | |  | | | | 支援区分 | | | |  |
| ３　事故の状況 | ①発生日時 | 年　　　月　　　日（ 　）　　　時　　　分頃 | | | | | | | | | | | | |
| ②発生場所 |  | | | | | | | | | | | | |
| ③事故の種類 | □利用者の死亡(病死を除く)　 □感染症(法定の感染症・疥癬・結核等)  □利用者の負傷(入院・通院治療を要したもの) 　□誤薬　□食中毒　□捜索依頼  □その他(具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| ④事故の内容  (発生時の状況、経緯、原因等を記載) |  | | | | | | | | | | | | |
| ４　事故時の対応 | ①事故発見者 | 氏名 | |  | | | | | 上記２の利用者との関係 | | | |  | |
| ②事故発見日時 | 年　　　月　　　日（ 　）　　　時　　　分頃 | | | | | | | | | | | | |
| ③事故発見場所 |  | | | | | | | | | | | | |
| ④対処の内容 |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑤通院又は入院した医療機関名 | | | |  | | | | | | | | | |
| ５　事故後の対応 | ①利用者の状況  (病状・入院の有無等) |  | | | | | | | | | | | | |
| ②家族等への連絡説明の状況 |  | | | | | | | | | | | | |
| ③補償の状況 |  | | | | | | | | | | | | |
| ６　事故の発生防止 | ①発生の原因 |  | | | | | | | | | | | | |
| ②発生防止対策 |  | | | | | | | | | | | | |

注）記載しきれない場合は、任意の用紙に記載の上、添付してください。