

事故等発生報告書【死亡・重症・虐待（疑いを含む）】（第1報）

※虐待（疑いを含む）については、本報告とは別に、障害者虐待防止法第16条第1項の規定により、速やかに市町村に通報すること。

年 月 日

事務所長 様

【発生（発見）時から24時間以内に報告】

法人名 _____

施設名 _____

施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類			記載者職・氏名		
	所在地			電話番号		
対象者	氏名	男・女				
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳) 出身地
	入所年月日	昭・平	年	月	日	(歳)
	障害の状況	支援区分 ()		支給決定市町村		
	直近の状況					
身元保証人	氏名	上記との関係 ()				
	住所					
事故等の概要	発生日時	年 月 日 ()		午前・午後	時	分
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 死亡(死亡日時: 年 月 日 時 分) <input type="checkbox"/> 虐待(疑いを含む)		<input type="checkbox"/> 入院(入院日: 年 月 日 退院見込: 頃) <input type="checkbox"/> 入院外		
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故等の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 支援中の負荷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> 送迎バス等交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故等の程度	<input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼(部位:)		<input type="checkbox"/> 外傷 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	事故等の発生状況	<input type="checkbox"/> 支援中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故発生時の職員勤務状況					
	事故等の概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日時	対応状況・今後の対応予定			
対応概要	報告状況	報告先	報告日時		報告先	報告日時
		警察	(/) :		市町村 ()	(/) :
		病院	(/) :		その他 ()	(/) :
緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有(連絡日時 年 月 日 時 分) (搬送日時 年 月 日 時 分) (搬送先:) (診断結果:)					
家族への説明	説明状況、内容					
	家族の意見、指摘等					

該当項目を○で囲むこと

事 故 等 発 生 報 告 書【死亡・重症・虐待（疑いを含む）】（第2報）

※虐待（疑いを含む）については、本報告とは別に、障害者虐待防止法第16条第1項の規定により、速やかに市町村に通報すること。

年 月 日

事務所長 様

法人名 _____
 施設名 _____
 施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類		記載者職・氏名	
	所在地		電話番号	
対象者	氏名	男・女		
	発生日時	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
	第1報報告日	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
事故等対応	利用者の状況			
	家族への対応			
	損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定		
再発防止策	事故等の原因			
	利用者個人への対応			
	事業所全体での対応策			

* 発生後、1週間以内に第2報を報告すること。

事 故 等 発 生 報 告 書

年 月 日

事務所長 様

法人名

施設名

施設長（代表者）名

事業所	サービス種類			記載者職・氏名		
	所在地			電話番号		
対象者	氏名	男・女				
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日（歳）	
	出身地					
	入所年月日	昭・平	年	月	日（歳）	
	障害の状況	支援区分（ ）		支給決定市町村		
	直近の状況					
身元保証人	氏名	上記との関係（ ）				
	住所					
事故等の概要	発生日時	年 月 日（ ）		午前・午後 時 分		
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 入院（入院日： 年 月 日 退院見込： 頃） <input type="checkbox"/> 入院外				
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	事故等の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 支援中の負荷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> 送迎バス等交通事故 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	事故等の程度	<input type="checkbox"/> 骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼（部位： ） <input type="checkbox"/> 外傷（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	事故等の発生状況	<input type="checkbox"/> 支援中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	事故発生時の職員勤務状況					
	事故等の概要 （経緯や対応状況について時系列で記入して下さい）	日時	対応状況・今後の対応予定			
対応概要	報告状況	報告先	報告日時		報告先	報告日時
		警察	（ / ） :		市町村（ ）	（ / ） :
		病院	（ / ） :		その他（ ）	（ / ） :
	緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有（連絡日時 年 月 日 時 分）（搬送日時 年 月 日 時 分） （搬送先： ）（診断結果： ） <input type="checkbox"/> 無				
	家族への説明	説明状況、内容				
家族の意見、指摘等						
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定					
再発防止策						

火災発生報告書（総括表）

年 月 日

様

法人名 _____

施設名 _____

施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類			記載者職・氏名	
	所在地			電話番号	
事 案 概 要	発生日時	年 月 日 ()		午前・午後	時 分
	出火場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	出火原因				
	死傷者の状況	・死者		人	
		・負傷者	入院	人	
			入院外	人	
		その他	人		
	概 要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日 時	対応状況		
再発防止策					
今後の対応予定					
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む）		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未定	

火災報告書（個票）

年 月 日

様

法人名 _____
 施設名 _____
 施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類			記載者職・氏名	
	所在地			電話番号	
対象者	氏名	男・女			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日（歳）
	入所年月日	昭・平	年	月	日（歳）
	障害の状況	支援区分（ ）		支給決定市町村	
	直近の状況				
身元保証人	氏名				
	住所	上記との関係（ ）			
事案概要	発生日時		年	月	日（ ） 午前・午後 時 分
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日時： 年 月 日 時 分 ） <input type="checkbox"/> 入院（入院日： 年 月 日 退院見込： 頃） <input type="checkbox"/> 入院以外			
	負傷の程度	<input type="checkbox"/> 骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼（部位： ） <input type="checkbox"/> 外傷（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有（連絡日時 年 月 日 時 分 ） （搬送日時 年 月 日 時 分 ） （搬送先： ） （診断結果： ） <input type="checkbox"/> 無			
対応概要	市町村への報告	報告日時			
	家族への説明	報告日時	（ / ） :		
		説明状況、内容	（ / ） :		
		家族の意見、指摘等			
今後の対応予定					
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定				

該当項目を○で囲むこと

入所者等の行方不明に係る報告書【発生・発見】

年 月 日

様

法人名 _____

施設名 _____

施設長（代表者）名 _____

事業所	サービス種類			記載者職・氏名		
	所在地			電話番号		
対象者	氏名	男・女				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	出身地			
	入所年月日	昭・平 年 月 日 (歳)				
	障害の状況	支援区分 ()	支給決定市町村			
	直近の状況					
身元保証人	氏名					
	住所	上記との関係 ()				
事案概要	発生日時	年 月 日 ()		午前・午後	時 分	
	対象者の状況	□発見 (日時: _____ 場所: _____)		□捜索中		
	発見後の状況	□死亡 □入院 (入院日: _____ 年 月 日 退院見込: _____ 頃) □入院外 □治療の必要性なし				
	負傷の程度	□骨折 (部位: _____) □打撲・捻挫・脱臼 (部位: _____) □ 外傷 (_____) □その他 (_____)				
	死亡・負傷の原因					
	概要 <small>(経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)</small>	日 時	対応状況			
対応概要	報告状況 <small>(該当する項目のみ記入してください)</small>	報告先	報告日時	報告先	報告日時	
		医師	(/) :	市町村	(/) :	
		管理者	(/) :	警察	(/) :	
		担当支援者	(/) :	消防	(/) :	
	家族等	(/) :	その他 ()	(/) :		
緊急搬送の有無	□有 (連絡日時 _____ 年 月 日 時 分) (搬送日時 _____ 年 月 日 時 分) (搬送先: _____) (診断結果: _____) □無					
家族への説明	説明状況、内容					
	家族の意見、指摘等					
再発防止策						
今後の対応予定						
損害賠償	□有 (予定を含む) □無 □未定					