

別紙1 障害福祉サービス事業者等 事故等報告書（第一報）

法人名					事業所名					
事業所番号										
所在地							Tel			
サービスの種類					担当者名					
事故等対象者	氏名 ( . . 生 歳 )						支給決定市町			
	住所						障害の種別	身体・知的・精神		
事故の概要	日時	平成 年 月 日 :				場所				
	種別	ケガ・死亡・感染症・法令違反等・その他 ( )								
	事故等の内容	○発生時の状況								
		○原因								
○事故の程度										
事故時の対応	対処方法	○事業所での処置								
		○家族への連絡								
		日時		相手方			相手方からのコメント			
		○医療機関の受診 ( 有 ・ 無 ) ※詳細を下記に記載								
		医療機関名			治療等の概要					
		○警察・消防等の対応 ( 有 ・ 無 ) ※詳細を下記に記載								

※ 記載できない場合は、任意に別様に記載し、添付すること。