

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	令和 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。

※ 事故等対象者等個人情報に該当する部分は伏せて送付し、送付確認の際の電話連絡の際に口頭でお伝えください。

