

事故・ひやりはっと 報告書 (いずれかに○をすること)

	記入者		記入日	年 月 日 ()				
事業所名				サービス種別				
利用者	(フリガナ) 氏名	年齢	受給者証番号					
	住所			電話番号	- -			
行政機関	利用者の支給決定市町村 (担当課・担当者名)			報告日	年 月 日 ()			
	事業所所在地の指定権者 (担当課・担当者名)			報告日	年 月 日 ()			
事故等の概要	日時	年 月 日 () 時 分		(状況図)				
	発生場所							
	事故等の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()						
	対応窓口 (担当者)							
	事故等の内容 (具体的に)							
発見時の状況	第一発見者							
	発見時の状況	【 <input type="checkbox"/> 支援中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 外出中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他()】						
事故時の対応	応急処置の概要 (対応者・時間等を明確に)							
	治療等を行った医療機関等			診断結果				
	治療・処置内容							
	連絡した障がい福祉事業者・関係機関				連絡日時	年 月 日 () 時 分		
					連絡日時	年 月 日 () 時 分		
				連絡日時	年 月 日 () 時 分			
応	家族等への説明状況							

	損害賠償 の発生状況	
その の 後 の 経 過	その後の経過	裏面のその後の経過、再発防止の取り組みも必ず記入すること。
	顛末（結果）	
再 発 （ 未 然 防 止 ） の た め の 取 組 み	事故等が発生した要因分析	
	再発（未然） 防止のための改善策	
	改善策の 実践状況	

(備 考)