令和　　年　　月　　日

杉並区　保健福祉部

障害者施策課長　宛て

法人名

施設（事業所）名

施設長（管理者）名

**施設（事業所）利用者事故等報告書**

施設（事業所）利用者の事故がありましたので下記のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所情報 | 事業所名・ユニット名 |  |
| サービス種別 |  |
| 施設所在地 |  |
| 施設管理者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名  （ｲﾆｼｬﾙ） | さん（ 男・女 ）　（障害支援区分　 　　） | | |
| 生年月日等 | 年　　月　　日　　（　　　歳） | | |
| 障害状況等 | 愛の手帳（療育手帳）　　 　　度 | | 身体障害者手帳　　　 種　　　級 |
| 精神障害者手帳　　　　　 　　級 | | 障害特性 |
| 事故の概要 | 発生年月日 | 年 　　月　 　日（　　　曜日）　 　時　 分頃 | |
| 発生場所 |  | |
| 事故種別  （該当の箇所に☑） | 死亡事故　入院を要した事故（持病による入院等は除く）  医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故  薬の誤与薬　無断外出　感染症の発生　事件性のあるもの（職員による暴力事件等）　保護者や関係者とのトラブル施設運営上の事故の発生（不正会計処理・送迎中の交通事故・個人情報の流出等）　虐待通報（通告）が判明した  送迎車両等への置き去り事故  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 原因・経緯・状況 |  | |
| 関係機関  への連絡 | 家族 | さん（続柄：　　　　　）へ  月　　　日　　　時　　　分頃 | |
| 実施機関 | 福祉事務所　　　　へ　　月　　日　　時　　分頃 | |
| その他  （病院・警察等） | （　　　　　　　　　　　）へ　　月　　日　　時　　分頃 | |
| （　　　　　　　　　　　）へ　　月　　日　　時　　分頃 | |
| 事故後  の対応 | 事故後の  利用者の現況 |  | |
| 保護者等  からの意見 |  | |
| 再発防止に向けての今後の対応 |  | |
| その他特記事項 | |  | |

※不足する場合は、別紙を添付してください。

【報告先】

杉並区保健福祉部障害者施策課　認定・給付係　指導担当

住　所　〒１６７－００３２　東京都杉並区天沼３－１９－１６　ウェルファーム杉並３階

ＴＥＬ　０３－５３３５－７６３０　　ＦＡＸ　０３－５３３５－７６７９

ＭＡＩＬ　sidou-tantou@city.suginami.lg.jp