

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☑)	<input type="checkbox"/> 死亡事故 <input type="checkbox"/> 入院を要した事故（持病による入院等は除く） <input type="checkbox"/> 医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故 <input type="checkbox"/> 薬の誤与薬 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 感染症の集団感染 <input type="checkbox"/> 事件性のあるもの（職員による暴力事件、金銭横領等） <input type="checkbox"/> 保護者や関係者とのトラブル <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 虐待通報（通告）が判明した <input type="checkbox"/> 送迎車両等への置き去り事故 <input type="checkbox"/> その他 ()	

