

事故等報告書

令和〇年〇月〇日

(あて先) 名古屋市健康福祉局障害福祉部障害者支援課

事業所	事業所番号	23〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	所在地	名古屋市〇〇区〇〇〇丁目〇番地
	名称	〇〇〇事業所
	サービス種類	生活介護
法人名称		特定非営利活動法人〇〇

障害福祉サービス等の提供により発生した事故等について、次のとおり報告します。

1 事故等の対象者

(感染症等の場合は記載不要、ただし発生後の感染者数（及び推移）を報告すること。)

受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	氏名	〇〇〇〇
生年月日（年齢）	平成〇年〇月〇日生（ 歳）		
障害の程度・特性	愛護手帳2度 自閉症		

2 事故等の概要

(1) 発生日時	令和〇年〇月〇日午前 10 時 15 分	
(2) 発生場所	名古屋市〇区〇〇町〇番地 〇〇〇事業所内〇〇室	
(3) 区分	対人	ア ☐ 死亡 ☐ 意識不明 イ けが ☒ 骨折 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 切傷・擦過創 ☐ 火傷 ☐ その他けが（ ） ウ ☐ 誤飲・誤食 ☐ 誤嚥 ☐ 誤薬 エ ☐ 食中毒 ☐ アレルギー（アナフィラキシー等） オ ☐ その他急変等（ ）
	対物	☐ 財物の損壊・滅失（ ） ☐ その他（ ）
	感染症	☐ インフルエンザ ☐ 結核 ☐ 食中毒 ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ その他（ ）
	情報漏洩等	☐ 個人情報等紛失・漏洩 ☐ その他（ ）
	虐待 その他 不祥事	☐ 虐待等 ☐ その他（ ）

