

事故等報告書

令和〇年〇月〇日

(あて先) 名古屋市障害福祉部障害者支援課

事業所	事業所番号	2310000
	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、但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	氏名	〇〇〇〇
生年月日 (年齢)	平成〇年〇月〇日生 (〇 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 けが <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過創 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他けが () イ <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 ウ <input type="checkbox"/> アレルギー (アナフィラキシー等) エ その他急変等 () ----- <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 意識不明 (上記の結果いずれかとなった場合にチェック)
	対物	<input type="checkbox"/> 財物の損壊・滅失 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()
	情報漏洩等	<input type="checkbox"/> 個人情報等紛失・漏洩 <input type="checkbox"/> その他 ()
	虐待その他不祥事	<input type="checkbox"/> 虐待等 <input type="checkbox"/> その他 ()

