

事 故 報 告 書

記載年月日（ 年 月 日）

法 人 名			
事 業 所 名			
事 業 所 番 号		サービス種類	
事業所所在地	〒		
管 理 者 氏 名		記 載 者 氏 名	
連 絡 先 (TEL)		連 絡 先 (FAX)	
該当利用者氏名		性 別 ・ 年 齢	男 ・ 女 (歳)
受 給 者 番 号			
事故発生日時	年 月 日 時頃		
事故発生場所			
事 故 の 種 類 (該当する番号 に○をつける)	1 死亡 2 骨折 3 誤嚥 4 食中毒	5 感染症 6 所在不明 7 職員の犯罪行為等 8 その他	(その他の場合は記入)
事 故 の 内 容	(概要) (原因)		
事故発生時 に行った対処			
医 療 機 関			
治 療 の 概 要			
連絡済関係機関			
利用者の状況 (病状、入院の 有無、家族への報 告説明内容等)			
損害賠償等の状況			
再発防止に向けた 対応・対策・ 今後の取り組み			
職員間の周知 徹底の方法			

※必要に応じて、任意用紙を追加し添付してください。