

(様式2)

# 事故報告書

豊島区長 宛て

報告年月日 年 月 日

事業者	事業所名		事業所番号		サービス種別	
	所在地	〒			電話番号	
	管理者名				報告者名	
利用者	フリガナ					受給者証番号
	氏名					
	性別	男 ・ 女	年齢	歳		
	住所	〒				
事故の概要	発生日時	年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分 頃				
	発生場所					
	事故発生時までの経緯 (職員体制、周辺の環境、利用者の状況等)					
	事故発生時の状況 (利用者の状況、職員の対応状況、応急措置等)					
治療の状況	救急車の発動要請・協力医療機関医師への連絡・提携病院への搬送日時				年 月 日 ( )	
					午前 ・ 午後 時 分 頃	
	医療機関名		所在地	〒		
	担当医師名		診断名			
	治療の概要					
家族等への連絡状況	事業者側連絡者 (家族等へ連絡した人)		氏名			
	家族側対応者 (連絡をした相手)		氏名			利用者との関係
	連絡日時	年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分 頃				

事故後の対応	事故後の処理（利用者の経過及び現況）	
	事故の原因と再発防止のための対策	
	保護者等の様子	
	職員への周知方法	
備考		

※必要に応じてその他の参考資料を添付すること。

**【提出先】**

豊島区 保健福祉部 障害福祉課 施設・就労支援グループ

〒164-8501 豊島区南池袋2-45-1

電話 03-3981-1786（直通）

FAX 03-3981-4303