

事故等報告書 (第一報)

(法令違反・不祥事等用)

年 月 日

長野県健康福祉部障がい者支援課長
保健福祉事務所福祉課長 様

当事業所・施設において、下記のとおり事故等が発生しましたので報告します。

事業所等	法人名					
	事業所名					
	事業所所在地					
	管理者氏名					
	電話番号		FAX番号			
	報告者職・氏名					
利用者	氏名		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	障害の種類	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 非該当				
	利用サービス種類		支給決定市町村			
事故等の概要	事故等発生時期	年 月 日 ()				
	事故等の種類	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反 <input type="checkbox"/> 職員の不祥事(預金の着服) <input type="checkbox"/> その他				
	事故等の内容	(事故等発の具体的状況、原因等について)				
	応急的対応	(利用者・家族等への説明状況、同一法人の他施設の状況等について)				

※個人情報の漏えい等対象者が多数に及ぶ場合又は対象となる利用者がいない場合は、利用者欄の記入は不要です。