

事故等報告書 (第一報)

(ケガ等、死亡、行方不明用)

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
児童相談所長
市町村障がい福祉担当課長

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	事故等発生日時	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分頃	
	事故等発生場所	<input type="checkbox"/> 事業所内 () <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故等の種類	<input type="checkbox"/> ケガ等 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故等の内容	(事故等発生時の具体的状況、ケガ等の程度について記入してください。)				
	事故等の対応	(事故等発生時の緊急対応状況等の概要について記入してください。)				