令和　　年　　月　　日

株式会社グロウキッズ

施設（

事故等報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名  （ｲﾆｼｬﾙ） | さん（　男・女　） | | |
| 生年月日等 | 年　　月　　日　　（　　　歳） | | |
| 障害状況等 | 愛の手帳（療育手帳）　　度 | | 身体障害者手帳　　　　種　　　級 |
| 精神障害者手帳　　　　　級 | | 障害特性 |
| 事故の概要 | 発生年月日 | 年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分　　頃 | |
| 発生場所 |  | |
| 事故種別 |  | |
| 現場図 |  | |
| 原因・経緯・状況 |  | |
| 応急処置 |  | |
| 関係機関への連絡 | 家族 | さん（続柄　　　）へ　 　　　　　　　　　　　月　　日　　時　　分頃 | |
| 関係機関への連絡  事故後の  対応 | 実施機関 | 福祉事務所へ　　　　　月　　日　　時　　分頃 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故後の  対応 | その他  （病院） | 病 院 名**：**　 受信時間　　月　　日（　　）　　時　　　分頃 担当医師**：**　　　　　　　　　 診断結果**：** |
| 治療の経過 |  |
| その他  （警察） | 警察署名**：**　 対応時間：　　月　　日（　　）　　時　　分頃 対応者名： |
| 再発防止に向けての今後の対応 | |  |

※不足する場合は、別紙を添付してください。