

## 事案発生報告書

事業所名		連絡者	職	
			氏名	

### 事案発生状況

事案内容	1. ケガや事故の発生 2. 感染症や食中毒の発生 3. 職員の法令違反、不祥事件等の発生 4. 利用者及びその家族の個人情報の紛失・漏洩の発生 5. その他( )
発生年月日	令和 年 月 日 曜日 時 分頃
発生場所	
発生原因	
発生状況 ・ 事業所内対応	

※ 以下は上記対応に伴い、利用者(母・子)が医療機関受診をした際に記載。

登録証番号					
対象者氏名 ・生年月日 (母)	( 年 月 日生)	対象者氏名 ・生年月日 (子)	(令和 年 月 日生)		
怪我等の詳細					
医療機関での処置	医療機関名				
	処 置	(1) レントゲン撮影	有	無	
		(2) 縫合・ テープ	有	無	( 針縫合)
		(3) 固定	有	無	
		(4) その他			
医師の指示事項					
次回の受診予定	月	日	無		
入 院	有	無			

※ 電話連絡の上、メールまたはFAXしてください。

健康支援課 電話番号 043-238-9925

FAX番号 043-238-9946 メール shien.boshi@city.chiba.lg.jp