事故・事件対応マニュアル　報告様式

（児童養護施設等編）

様式１－１

　　　事 故 発 生 報 告 書（第１報）

【死亡・事故事件等・児童間暴力】

該当項目を○で囲むこと

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事務所長　様

【発生（発見）時から２４時間以内に報告】

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

記載者職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児※ | 氏　名 | | 男　・　女 | | | 区　分 |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭・平　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | |
| 入所年月日 | | 平成　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 事故等の概要 | 発生日時 | | 年　　　月　　　日（　　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | | |
| 発生場所 | |  | | | | |
| 事故等の概要  （要約） | |  | | | | |
| 事故等の経緯  （経緯や対応状況について時系列で記入して下さい） | | 日　時 | 対応状況 | | | |
|  |  | | | |
| 対象児※の状況 | 氏　名 |  | | | | |
| 負傷の  程度 | □骨折（部位：　　　　　　　　　）　□打撲・捻挫・脱臼（部位：　　　　　　　　　）□外傷（　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 負傷の  原因 |  | | | | |
| 現　況 |  | | | | |
| 対応概要 | 報告状況  （該当する項目のみ記入して下さい） | | 報告先 | | 報告日時 | | |
| 子ども相談センター | | （ 　/ 　 ） 　: | | |
| 女性相談センター | | （ 　/ 　 ） 　:　　　　　　　　　※母子生活支援施設等の場合 | | |
| 県事務所福祉課等・市町村  （措置元等） | | （ 　/ 　 ） 　:　　　　　　　　　※母子生活支援施設等の場合 | | |
| 警察 | | （ 　 / 　 ） 　 : | | |
| その他（　　　） | | （ 　 /　 ） 　 : | | |
| 医療機関の受診状況 | | □有（受診日時：　　　年　　月　　日　　時　　分　）  （受診内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （診断結果：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □無 | | | | |
| 家族への説明 | | 説明状況、内容 |  | | | |
| 家族の意見、指摘等 |  | | | |

※対象児童が複数いる場合は、適宜、行を追加すること。区分欄には必要に応じて加害者・被害者別等を記載すること。

※母子生活支援施設等は、対象児を対象者として読み替える。

様式１－２

事 故 発 生 報 告 書（第２報）

【死亡・事故事件等・児童間暴力】

該当項目を○で囲むこと

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事務所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

施設長（代表者）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載者職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児※ | 氏　名 | | 男　・　女 | | 区　分 |  |
| 発生日時 | | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | |
| 第１報報告日 | | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | |
| 事故等の概要 | 事故等の経緯  （経緯や対応状況について時系列で記入して下さい） | | 日　時 | 対応状況 | | |
|  |  | | |
| 対象児※の状況 | 氏　名 |  | | | |
| その後の  状　況 |  | | | |
| 事故等対応 | 医療機関の  受診状況 | | □有（受診日時：　　　年　　月　　日　　時　　分　）  （受診内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （診断結果：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □無 | | | |
| 家族への対応 | |  | | | |
| 再発防止策 | 事故等の原因 | |  | | | |
| 対象児  への対応 | |  | | | |
| 施設全体  での対応策 | |  | | | |

※対象児童が複数いる場合は、適宜、行を追加すること。区分欄には必要に応じて加害者・被害者別等を記載すること。発生後、1週間以内に第２報を報告すること

※母子生活支援施設等は、対象児を対象者として読み替える。

様式１－３

事　故　等　発　生　報　告　書

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事務所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

施設長（代表者）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載者職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児※ | 氏　名 | 男　・　女 | | | 区　分 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳） | | | | |
| 入所年月日 | 平成　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 事故等の概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | | |
| 発生場所 |  | | | | |
| 事故等の概要  （要約） |  | | | | |
| 事故等の経緯  （経緯や対応状況について時系列で記入して下さい） | 日　時 | 対応状況 | | | |
|  |  | | | |
| 児童の状況 | *（児童の氏名、負傷の程度及びその原因、現況等を記載する。）* | | | | |
| 対応概要 | 報告状況 | 報告先 | | 報告日時 | | |
| 子ども相談センター | | （ 　/ 　 ） 　: | | |
| 女性相談センター | | （ 　/ 　 ） 　:　　　　　　　　　　※母子生活支援施設等の場合 | | |
| 県事務所福祉課等・市町村  （措置元等） | | （ 　/ 　 ） 　:　　　　　　　　　　※母子生活支援施設等の場合 | | |
| 警察（有・無） | | （ 　 / 　 ） 　 : | | |
| その他（　　　） | | （ 　 /　 ） 　 : | | |
| 医療機関の受診状況 | □有（受診日時：　　　年　　月　　日　　時　　分　）  （受診内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （診断結果：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □無 | | | | |
| 家族への説明 | 説明状況、内容 |  | | | |
| 家族の意見、指摘等 |  | | | |
| 事故等の  原因 |  | | | | |
| 対象児  への対応 |  | | | | |
| 施設全体  での対応策 |  | | | | |

※対象児童が複数いる場合は、適宜、行を追加すること。区分欄には必要に応じて加害者・被害者別等を記載すること。

※母子生活支援施設等は、対象児を対象者として読み替える。

様式２－１

火災発生報告書（総括表）

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事務所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

記載者職・氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事案概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | |
| 出火場所 | □居室　　　　□調理室　　　　□食堂等ホール　　　□浴室  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 出火原因 |  | |
| 死傷者の状況 | ・死　者　　　　　　　　　　　　　人  ・負傷者　　入　院　　　　　　　　人  　　　　　　入院外　　　　　　　　人  　　　　　　その他　　　　　　　　人 | |
| 概　要  （経緯や対応状況について時系列で記入して下  さい） | 日　時 | 対応状況 |
|  |  |
| 再発防止策 |  | |
| 今後の対応予定 |  | |

様式２－２

火災報告書（個票）

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事務所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

記載者職・氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象児※ | 氏　名 | 男・女 | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 対象児の状況 | □死亡　　　　　　　　□入院（入院日：　　年　　月　　日　　退院見込：　　　　頃）  □入院外 | |
| 負傷の程度 |  | |
| 緊急搬送の有無 | □有（連絡日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送先：　　　　　　　　　　　　）　（診断結果：　　　　　　　　　　　　）  □無 | |
| 措置元等 | 報告先 |  |
| 報告日時 | （ / ） : |
| 家族への説明 | 報告日時 | （ / ） : |
| 説明状況、内容 |  |
| 家族の意見、指摘等 |  |
| 今後の対応予定 |  | |

※対象児童が複数いる場合は、適宜、行を追加すること。

※母子生活支援施設等は、対象児を対象者として読み替える。

様式３

入所者等の行方不明に係る報告書【発生・発見】

該当項目を○で囲むこと

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事務所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

記載者職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児※ | 氏　名 | 男・女 | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳） | | | | |
| 事案概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | | |
| 対象児の状況 | □発見（日時：　　　　　　　　　場所：　　　　　　　　）　　　□捜索中 | | | | |
| 発見後の状況 | □死亡　　　　□入院（入院日：　　年　　月　　日　　退院見込：　　　　頃）  □入院外　　　□治療の必要性なし | | | | |
| 負傷の程度 | □骨折（部位：　　　　　　　　　）　□打撲・捻挫・脱臼（部位：　　　　　　　　　）□外傷（　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 死亡・負傷  の　原　因 |  | | | | |
| 概　要  （経緯や対応状況について時系列で記入して下  さい） | 日　時 | 対応状況 | | | |
|  |  | | | |
| 対応概要 | 報告状況  （該当する項目のみ記入して  ください） | 報告先 | 報告日時 | | 報告先 | 報告日時 |
| 医師 | （ / ） : | | 県事務所福祉課等・市町村  （措置元等） | （ / ） : |
| 家族等 | （ / ） : | | 警察 | （ / ） : |
| 子ども相談ｾﾝﾀｰ | （ / ） : | | 消防 | （ / ） : |
| 女性相談ｾﾝﾀｰ | （ / ） : | | その他（　　　） | （ / ） : |
| 緊急搬送の有無 | □有（連絡日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送先：　　　　　　　　　　　　）　（診断結果：　　　　　　　　　　　　）  □無 | | | | |
| 家族への説明 | 説明状況、内容 | |  | | |
| 家族の意見、指摘等 | |  | | |
| 再発防止策 |  | | | | |
| 今後の対応予定 |  | | | | |

※対象児が複数いる場合は、適宜、行を追加すること。

※母子生活支援施設等は対象児を対象者として読み替える。