|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提 出 用　事　故　報　告　書 | 園児氏名 |  |
| 提出対象：医療機関を受診し，医師により当該受診を含めて２回以上の通院が必要と判断された事例提出期限：事故発生日の翌日から起算して７日以内提 出 先　FAX:075－251-2950　MAIL: yohoshien2@city.kyoto.lg.jp |
| ※　FAXで幼保総合支援室に提出する場合は，園児氏名が隠れるように下の線で後ろに折り曲げたうえで複写したものを送付，メールで提出する場合は，園児氏名を削除して送付してください（原本は施設・事業所にて保管）。 |

事　故　報　告　書

記載日：　　　　年　　月　　日　施設・事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　記入者：

|  |  |
| --- | --- |
| 事故発生日時　　　　年　　月　　日　曜日　　　　（午前・午後）　　時　　分ごろ | 対象児について　　( 　 )歳児年　　月　　日生まれ　（男・女） |
| 事故発生場所  □ 室内　　１玄関　　２階段　　３保育室内　　４ホール・遊戯室　　５その他（　　　　　　　　） □ 室外　　６テラス　７園庭（　　　　　　）　８屋上　　９その他（　　　　　　　　） □ 施設外・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事故の種類 　１転倒 ２転落 ３衝突 ４ひっかき ５かみつき ６はさむ ７火傷 ８誤飲 ９誤嚥 １０誤食　 １１窒息　１２おぼれる　１３交通事故　１４刺される（毒虫など）　１５その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 保育活動　１自由遊び ２設定保育 ３散歩 ４給食 ５おやつ ６移動時 ７園外保育 ８その他（　　 　　　　　　） |
| 事故状況そのとき一緒にいた人　１保育士（　名） ２子ども（　名） ３保護者（　名） ４その他（　　　　　　） ５なし　発生状況（何をして，どうなったのか，一緒にいた人はその時どうしていて，どう対応したか等，不明の場合は分からない理由を記載） |
| 保護者への連絡　いつ（　　　時　　分頃）　誰が（　　　　　　　　　）　誰に（　　　　　　　　　　）　どのように　１電話　２お迎えの時　３その他（　　　　　　　　　　　　　）　　保護者の反応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ケガの状況部位　１頭・顔（　　）　２胴体（　　）　３上肢（　　）　４下肢（　　）　５その他（　　）　　　　※括弧内は眼，歯，肘，膝など具体的に記載種類　１骨折　　２脱臼　　３捻挫　　４ひっかき傷　　５かみ傷　　６切傷　　７擦り傷　　８打撲　　　　９異物の混入　　１０熱傷　　１１誤飲・中毒　　１２その他の傷病（　　　　　　　　　） |
| 受診した病院　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）搬送手段　１救急車　２園所有の車・バス　３保護者の車や自転車　４その他（　　　　　）同伴者　１職員（　　　　　）　２保護者（　　　　　）　３その他（　　　　　）治療状況　１処置施行（即日完了）２要通院（ケガ当日＋（　　）日）３要入院（　　/　　）～（　　/　　）　　４その他（　　　　　） |
| 反省点 | 再発防止策　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　 施設長・事業所長確認　氏名：

|  |
| --- |
| 保 管 用　※ 本用紙は幼保総合支援室に提出する必要はありません。施設・事業所において記録し，保管してください。 |
| 事 故 後 の 経 過 記 録 |
| 施設・事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 園児氏名 |  |
| 日　時 | 内　容 | 記入者 |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |
| 　　年月　　日（　） | 時　　分 |  |  |