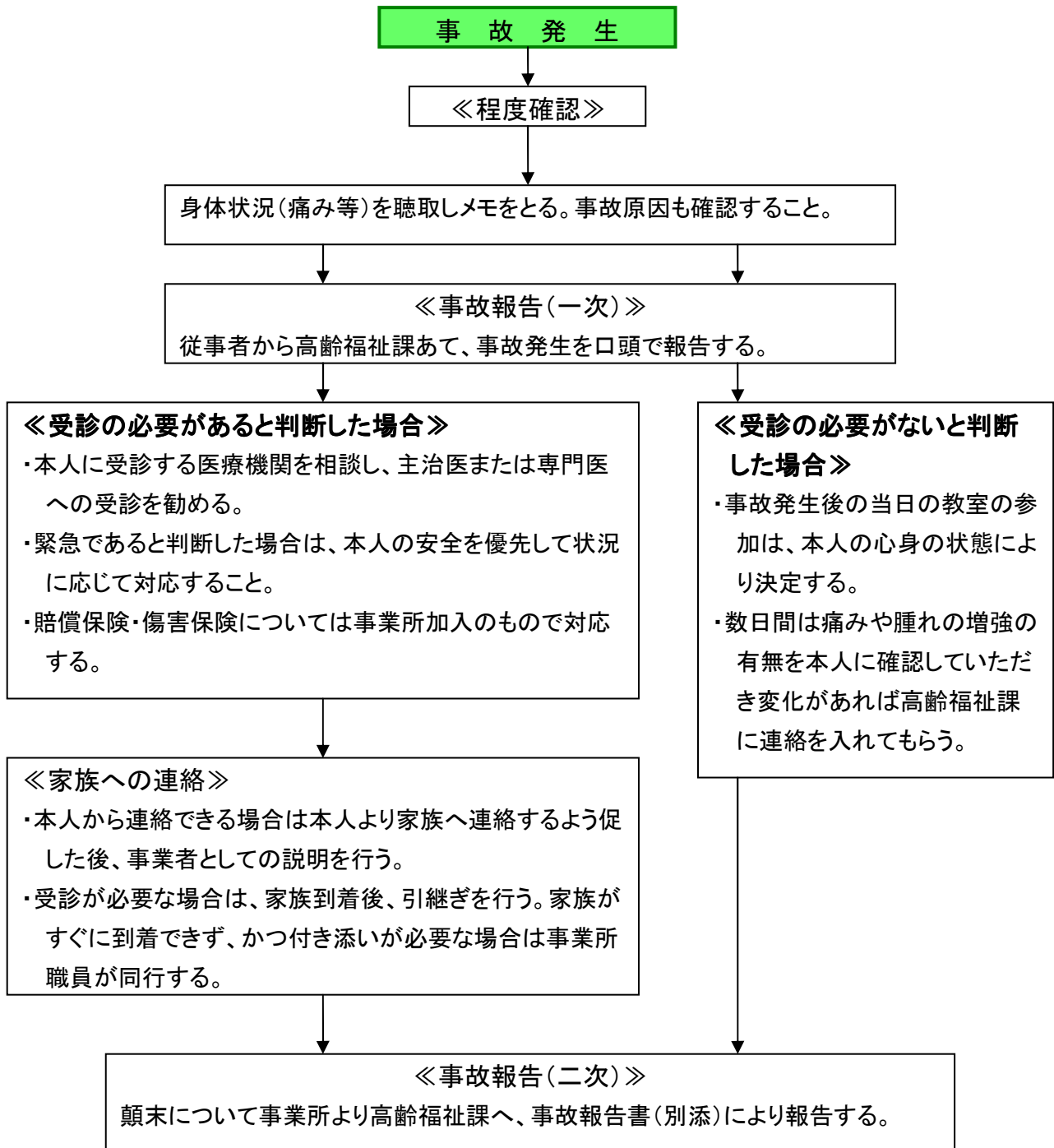


## <事故発生時対応マニュアル>



報告先 箕面市健康福祉部高齢福祉課 072-727-9505

# 事故報告書

年 月 日

(宛先) 箕面市健康福祉部高齢福祉課長

事業者名		報 告 者	職 名	
代表者名			氏 名	

参加者本人	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	S・T	年 月 日 ( 歳)	
	住 所	箕面市		
	電話番号			
事故発生日時	平成 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分頃			
事故発生場所				
事故の概要				
事故発生後の 連絡先	<input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 医院・病院( ) <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他( )			
処置内容				
家族への説明 家族の理解				
事故後の 本人の状況				
再発防止に 向けての対応				