

■建築物事故等連絡票(消費者用)

| | |
|------|---------|
| ※No. | |
| ※受信 | 年 月 日 : |

取扱注意

| 事故通報者の情報 | | | |
|---|---|---------------------|---------------------|
| 氏名 | 建築 太郎 | 電話番号 | XX-XXXX-XXXX |
| mailアドレス | XXXX@XXXX.XX.jp | 被害者との関係 | 事故発生時の同行者 |
| 事故の情報 | | | |
| 発生年月日 | 20XX年 XX 月 XX 日 | 時刻 | 19 時 00 分ごろ |
| 発生場所(住所) | XXX 都・道・府・(県) XXX 区(市)町・村 XXX ○-○ | | |
| 発生場面 | ショッピングセンターの1階から2階に移動するため上りエスカレーターを利用していたところ、急停止した。 | | |
| 事故内容の要約 | エスカレーターの安全装置が作動したため、急停止し利用者5名が転倒した。 | | |
| 事故内容(できるだけ具体的に記述して下さい) | XXX市にある○○ショッピングセンターの1階から2階に向かう上りエスカレーターにおいて、買い物客が踏段上の左端に寄せて荷物を置いていたところ、踏段とスカートガードのすき間に荷物が巻き込まれ、安全装置が作動し、緊急停止した。 当時6名の買い物客がエスカレーターを利用していたが、うち5名の利用者が急停止による慣性力で進行方向に転倒し、足又は手に全治1週間の擦過傷を負い、病院で治療を受けた。 | | |
| 人的被害の状況(※該当する項目に☑又は■を付け、内訳を記入して下さい。) | | | |
| | 全体 | うち高齢者 (65歳以上) | うち子供 (小学生以下) |
| <input type="checkbox"/> 人的被害なし | — | — | — |
| <input type="checkbox"/> 死者 | 名 | 名 | 名 |
| <input type="checkbox"/> 重傷者(3週間の入院加療を必要とするもの以上) | 名 | 名 | 名 |
| <input type="checkbox"/> 中等傷(重傷又は軽傷以外のもの) | 名 | 名 | 名 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 軽傷(入院加療を必要としないもの) | 5 名 | 2 名 | 1 名 |
| 計 | 5 名 | — | — |
| 人的被害以外の状況 | | | |
| 建築物・設備等(又はのそ部分)の破損の有無 | | 有(無)不明 | |
| 建築物 | 構造形式/階数 (建築物全体) | 施工者・製造者等 (建築物全体) | |
| | 破損部分の一般 名称 | 破損部分の構造 | |
| | 施工時期 (使用期間) | 年 月 (年 月 日) | 施工者・製造者等 (破損部分) |
| 設備 | 一般名称 | エスカレーター | 施工者・製造者等 ○○工業(株) |
| | 品名(ブランド 等) | ○○○○ | 機種・型式等 XX-XXX |
| | 施工時期 | 年 月 不明 | (使用期間) (年 月 日) 不明 |
| 遊戯 施設 | 遊園地等名称 | 運営者名 | |
| | 一般名称 | 施工者・製造者等 | |
| | 品名(固有名称) | 機種・型式等 | |
| | 施工時期 | 年 月 | (使用期間) (年 月 日) |

※ご記入に当たっては、以下の注意事項について予めご了承下さい。

- ・本事故情報収集制度は、事故の再発・未然防止に役立てるための調査です。調査結果は国土交通省ホームページで公開いたします。なお、本制度は事故に遭われた方々の個別救済制度ではありません。
- ・各項目の記入は、分かる範囲で記入して下さい(ただし、項目の記入内容等が著しく不足している場合等、受付できないことがあります)。
- ・公開にあたって、事故内容の要約のみでは事故の内容が不明瞭であると思われる場合等、表現を追加・修正することがあります。
- ・受付した情報をもとに、製造者等に問い合わせや調査依頼を行うことがあります。
- ・個々の情報に対してのご回答や調査状況のご報告は行っておりません。