

## 熱中症に関する災害発生状況等報告書

|                |  |
|----------------|--|
| 労働保険番号         |  |
| 労働者氏名          |  |
| 生年月日           |  |
| 所属事業場          |  |
| 負傷年月日          |  |
| 現認者<br>(役職・氏名) |  |

|      |  |
|------|--|
| 工事名  |  |
| 所在地  |  |
| 工期   |  |
| 請負金額 |  |

### 災害発生の具体的状況について

熱中症の発生状況を下記左欄の質問事項に従って、詳細に記載してください。

#### 労働者の作業内容

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 災害当日の業務開始時刻                 |  |
| 休憩時間                        |  |
| 発症時の作業目的                    |  |
| 発症時の作業内容及び<br>作業開始時刻・終業予定時刻 |  |

#### 作業環境

|                              |     |  |
|------------------------------|-----|--|
| 当日の天気                        |     |  |
| 気温、湿度、風速等の状況                 | 気温  |  |
|                              | 湿度  |  |
|                              | 風速等 |  |
| 作業環境(作業の場所、屋内・屋外等の状況、換気等の状況) |     |  |

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| 温度を上昇させる他の原因<br>(太陽の照り返し、閉塞された場所等気温を上昇させる要因について) |  |
| 服装                                               |  |
| 水分補給等の対策について                                     |  |

#### 発症の経緯

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 発症までの状態の変化<br>(時間ごとの経過) |  |
| 発症時刻                    |  |
| 発症時の症状                  |  |
| 病院への受診までの経緯             |  |
| 病院での治療内容<br>医師の説明内容     |  |
| 治療の経過                   |  |
| 現在の状態                   |  |

当日及び前日の労働者の状態

|                        |  |
|------------------------|--|
| 睡眠時間、風邪、体調不良等の有無と状態。   |  |
| 熱中症に関係ある既往歴の有無とその時期・症状 |  |

上記のとおり相違ないことを報告します。

令和      年      月      日

労働基準監督署長 殿

労働者住所

労働者氏名

事業場の名称

事業場の所在地

代表者職氏名