

腰痛に関する災害発生状況等報告書

労働保険番号		事業場名称	
フリガナ 労働者氏名		負傷年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日		午前・午後 時 分
以下の設問に従ってご記入ください。			
①どこで(場所・位置等)			
②誰と(共同作業の場合、 相手の職氏名)			
③何のために(作業の目的)			
④どういう方法で (作業方法・姿勢等)			
⑤どのような作業していまし たか。 (取扱っていた物の名称・ 形状・大きさ・重量を含む 作業の具体的内容)			
⑥どういうきっかけでどうなりま したか。			
⑦通常はどのような作業を行 っていますか。			

<p>⑧作業の態様・取扱物を図・写真・図面等により説明してください。</p>	
<p>⑨痛みを感じた部位はどこですか。またその程度について。</p>	<p>部位</p> <p>痛みの程度</p>
<p>⑩災害発生後はどうしていましたか。(業務継続の有無、受診までの経過)</p>	
<p>⑪治療内容について。</p>	<p>医療機関 初診日</p> <p>傷病名</p> <p>治療内容</p>
<p>⑫現在の治療の状況について該当するものを○で囲み記入してください。</p>	<p>入院治療中</p> <p>通院治療中</p> <p>前月 日間 通院 治療内容</p> <p>今月 日間 通院 治療内容</p> <p>治療していない (月 日 治ゆ ・ 中止)</p>

<p>⑬過去に腰に既往歴がありましたか。該当するものを○で囲み記入してください。</p>	<p>無</p> <p>有 (過去 1年間には症状が無い)</p> <p>有 (過去 1年間に症状があった) 年 月頃</p> <p>医療機関</p> <p>傷病名</p> <p>治療内容</p>
--	--

上記のとおり、災害発生状況等を報告します。

年 月 日

労働基準監督署長 殿

請求人住所

請求人氏名

事業場の名称

事業場の所在地

代表者職氏名

担当者意見