上肢作業に関する報告書

１ 事業場・労働者等に係る事項

|  |  |
| --- | --- |
| 労働保険番号 |  |
| 事業場名称 |  |
| 事業の種類 |  |
| 労働者数 | 人（うち同種の労働者 人） |
| 労働者氏名 | （男・女） | 職種 |  |
| 傷病名 |  | 初診日 | 年 月 日 |
| 医療機関名 |  | 発症時の年齢 | 歳 |

（注）「同種の労働者」とは、同様の作業に従事する同性で年齢が同程度の労働者をいうものである。

２ 事業場の業務の概要（パンフレット等がある場合には添付して下さい。）

|  |  |
| --- | --- |
| 業務内容 |  |
| 労働時間等 | 所定労働時間 時間 分〔 時 分～ 時 分〕(休 憩 時 間 時 分～ 時 分) |
| 所 定 休 日 毎週　　　曜日　　その他〔　　　　　　　　　　〕 |

３ 当該労働者の勤務状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 発症当月 | 発症１ヵ月前 | 発症２ヵ月前 | 発症３ヵ月前 | 発症４ヵ月前 | 発症５ヵ月前 | 発症６ヵ月前 |
| 総労働時間数 |  |  |  |  |  |  |  |
| 所定外労働時間数 |  |  |  |  |  |  |  |
| 出勤日数 |  |  |  |  |  |  |  |
| 休日出勤日数 |  |  |  |  |  |  |  |

 （注） 本人及び同種労働者のタイムカード、賃金支払明細書等の写しを添付して下さい。４ 作業の概要（発症との関連が考えられる作業に限る。）

|  |  |
| --- | --- |
| 上肢等に負担のかかる作業の種類イ～ホのうち該当するものに○を付し、該当する作業□にチェックを付けること。なお「ホ その他」及び「□その他これに類似する作業」に該当する場合はその作業を括弧内に記入すること。 | イ 上肢の反復動作の多い作業□コンピューター、ワードプロセッサー等のＯＡ機器、ＶＤＴ機器等の操作を行う作業、□運搬、積込み、荷卸し作業、□多量の冷凍魚等の切断・解体等の処理を行う作業、□製造業における機器等の組立て・仕上げ作業、□手作りによる製パン、製菓作業、□ミシン縫製、アイロンがけ作業、□手話通訳作業、□給食等の調理作業、□その他これに類似する作業（ ）ロ 上肢を上げた状態で行う作業□流れ作業による塗装、溶接作業、□天井など上方を作業点とする作業、□その他これに類似する作業（ ）ハ 頸部、肩の動きが少なく、姿勢が拘束される作業□検査作業（特に顕微鏡や拡大鏡を使った作業）、□その他これに類似する作業（ ）ニ 上肢等の特定の部位に負担のかかる状態で行う作業□保育、看護、介護作業、□その他これに類似する作業（ ）ホ その他 〔 〕 |
| 上記「上肢等に負担のかかる作業の種類」の具体的な作業の内容（注１） |  |
| 使用機械・器具等の状況（注１）（注２） |  |
| 作業姿勢（注１） |  |
| 作業従事期間 |  |
| 作業従事時間（注３） |  |
| 同種の労働者の作業従事時間（注３） |  |
| 業務量（注４） |  |
| 同種労働者の業務量（注４） |  |
| 促進要因の存在イ～ホのうち該当するものに○を付し、具体的な内容を括弧内に記入すること。 | イ 長時間作業、連続作業ロ 他律的かつ過度な作業ペースハ 過大な重量負荷、力の発揮ニ 過度の緊張ホ 不適切な作業環境 |
| 同種疾病の発生状況 |  |
| 予防対策の措置状況 |  |

（注１）「上記 『上肢等に負担のかかる作業の種類』 の具体的な作業の内容」、「使用機械・器具等の状況」、「作業姿勢」については、これを説明する図又は写真を添付して下さい。

（注２）「使用機械・器具等の状況」は、使用機械の名称、大きさ、重量、操作方法等を記載して下さい。

（注３）「作業従事時間」は、１日の労働時間における上肢作業の占める時間、頻度等を記載して下さい。

（注４）「業務量」は、通常の業務量と発症前６ヵ月の業務量の増加等について記載し、増加等がある場合には、増加の状況を取りまとめた資料を添付して下さい。

５ 職 歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種又は業務の内容 | 従 事 期 間 | 従事年月 |
| 入社前 |  | 年 月～ 年 月 | 年 月 |
|  | 年 月～ 年 月 | 年 月 |
|  | 年 月～ 年 月 | 年 月 |
| 入社後 |  | 年 月～ 年 月 | 年 月 |
|  | 年 月～ 年 月 | 年 月 |
|  | 年 月～ 年 月 | 年 月 |

６ 既往歴

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 負傷・疾病名 | 負傷･発症時期 | 発生状況･治療内容 | 治療日数 | 医療機関名 |
|  | 年 月 |  | 入院 日間通院 日間 |  |
|  | 年 月 |  | 入院 日間通院 日間 |  |
|  | 年 月 |  | 入院 日間通院 日間 |  |

７ 健康診断結果

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実 施 時 期 | 一般、特殊の別 | 実施結果、特記事項、指導事項等 |
| 年 月 | 一般 ・ 特殊 |  |
| 年 月 | 一般 ・ 特殊 |  |
| 年 月 | 一般 ・ 特殊 |  |

（注） 健康診断結果票がある場合は、その写しを添付して下さい。

８ 身体的特徴等

|  |  |
| --- | --- |
| 身体的特徴 |  身長 cm 体重 kg |
| （その他） |
| 運動歴 | 運動の名称 | 期 間 | 頻 度 |
|  | 年 月～ 年 月 |  |
|  | 年 月～ 年 月 |  |
| 家事、趣味等の状況上肢等に負担のかかる作業と同様な動作 |  |
| 基礎疾患・既存疾患の状況 |  |

９ 療養の経過

|  |  |
| --- | --- |
| 療養内容 |  |

 （注）発症から現在まで時系列に沿って、症状の出現時期及びその症状、症状の経過及び現在の症状、治療した医療機関名及び通院・入院期間、治療内容、休業期間、今後の見込み、主治医からの説明事項（発症原因等）などについて、できるだけ詳しく記載して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 療養内容 |  |

 （注）発症から現在まで時系列に沿って、症状の出現時期及びその症状、症状の経過及び現在の症状、治療した医療機関名及び通院・入院期間、治療内容、休業期間、今後の見込み、主治医からの説明事項（発症原因等）などについて、できるだけ詳しく記載して下さい。

１０ その他参考事項

|  |  |
| --- | --- |
| 参考事項 |  |

 上 記 の と お り 報 告 し ま す 。

 令 和　　　年　　　月　　　日

住 所

 労 働 者

 氏 名

 所在地

 事 業 主 名 称

 氏 名