

# 災害発生状況報告書

労働保険番号		事業場名	
労働者氏名		負傷年月日	年 月 日 時 分 頃
災害発生の具体的な状況を下記、左欄の質問事項にしたがって、詳細に記入してください。			
1 何処で (場所や足場の状態も含む:狭い、滑りやすい等)			
2 誰と (同僚等氏名、単独作業の場合には、その旨を記入)			
3 取り扱い物 (災害発生時に取り扱っていたもの。人物も含む。)	名称	形状	
	重さ k g (人物の場合)	身長 c m	体重 k g )
	大きさ 縦 c m	横 c m	高さ c m
4 何をしていたときに (作業内容、方法、姿勢、動作等)			
	どちらかを で囲んでください ・通常と同じ姿勢 ・通常と違う姿勢		
5 何処(体の部位)がどうなったのか(姿勢、動作)	何処が:		
	どうなったのか:		
症状発症の原因となったと考える事故等の出来事を具体的に記入願います。	以下、該当するものを で囲ってください。 ・バランスを崩した ・事故的な事由により瞬時に重量が負傷部位に負荷された。 ・予想に反して(重かった。)又は(軽かった。) ・重量物の取り扱いに不適当な姿勢をとってしまった。		
6 上記5の事実を確認した者の職名及び氏名	職名	氏名	
7 災害発生又は症状発症後の痛みについて	以下に該当するものを で囲ってください。		
	・痛みはほとんど無かった ・ひどく痛んだ ・歩けなかった		
8 災害発生又は症状発症後どうしたのか	以下に該当するものを で囲ってください。		
	・作業を続けた ・作業を中止して事業場で休んでいた ・自宅に帰り休んでいた ・すぐに病院に通院した ・その他の状況 ( )		

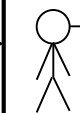
9 災害発生又は症状発症後医療機関等で受診するまでの経過 最初の受診まで期間が開いている場合、特に理由や経過等詳細に記入して下さい。	
10 ・通院頻度、転医、入院期間、治療方法等の経過 ・痛み等の症状の経過	
11 休業の有無	・休業の有無:無・(有りの場合 月 日~ 月 日)
12 既往症について (今回の負傷以前の同部分の負傷歴、病気歴の有無)	
13 現在の状況	イ 治癒した( 月 日) ロ 中止した( 月 日) ハ 継続中(主治医から治癒や症状固定の時期について説明を受けていれば、その内容について記入のこと。)
	ニ 障害(補償)請求の手続きの有無 有り・無し

この災害の発生状況は、上記のとおり相違ないことを証明報告します。

令和 年 月 日

労働基準監督署長 殿

災害発生時の作業姿勢を図示のこと。



(簡易な図示で結構です。)

	住所 _____
被災者氏名	_____
電話番号	_____
所在地	_____
事業主名称	_____
代表者	_____