

腰痛症等災害発生報告書

労働保険 番号		事業場 名称		事業場 所在地		電話 番号		
雇 入 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	災害発生年月日 発生時刻	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃		職 種			
被災労働者 氏 名		生 年 日	大正・昭和・平成 年 月 日	歳	身 体 長 重	c m k g	性別	男 ・ 女
傷 病 名				受診医療 機 関 名	休業の 有 無	無・有 休業期間: 月 日～ 月 日(頃)		
経 験 年 数	現在 勤務先名:	職 種:	年 数:	年	前 歴 勤務先名:	職 種:	年 数:	年
発 生 状 況 等	1 発生場所				現 認 者 職 氏 名			
	2 誰と、何をしているときか。				職 : 氏名 :			
	3 腰痛等が発症した時の動作 (作業姿勢を右欄にて記載)				発生状況の略図 (※ 可能であれば、腰痛等発症の原因となった作業姿勢等を再現した写真や絵図の添付をお願いします。)			
	4 通常の動作と異なる行為があったか。(例えば、通常二人で運搬するが一人で行った。機械器具で運搬すべきものを人力で行った。基本動作に反する動作、姿勢等)							
	5 突発的出来事が認められるか。(例えば物を運搬中に滑った、転んだ、躓いた。取扱物が予想を反して著しく重(軽)かった。荷物を落としそうになった等の事故的な原因)							
	6 発症後の経過 (症状の変化, 医療機関の受診の有無等)							
				通院状況について (○又はご記入してください。)				
				・ 現在も通院中である。(病院名:)				
				・ 平成・令和 年 月 日頃を最後に通院していない				
腰痛発症時に 取扱った物等	取 扱 物 品 名 等		重 量 (k g)	寸 法 (縦 × 横 × 高さ)		運 搬 数量: 個		
				c m × c m × c m		距離:		
	取 扱 方法	通常の場合		今回の場合				
既往症の有無 (今まで腰痛になったことがあるか。) : 有 ・ 無 (※有の場合、過去の腰痛に関する病名等を下記に記入してください。)								
(既往症の) 正式な病名		発 生 時 期	S・H・R 年 月 S・H・R 年 月	受 診 病 院 名		手 術 の 有 無 及 び 術 式	無・有(術式:) 無・有(術式:)	
上記のとおり事実と相違ないことを証明し申立てます。						令和 年 月 日		
労働基準監督署長 殿		被災労働者		住 所 氏 名				
		事業主		住 所 事業主名称 事業主氏名				
職員補足記入欄								