**災害発生状況報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　大田原労働基準監督署長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業場名

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　標記のことについて下記のとおり報告します。

記

１　被災労働者　　　　氏　　名

２　負傷年月日　　　　　　 　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分

３　災害発生状況

（１）どこで

（２）（１）の場所の状況（広さ・高さ・床面の状況等）

（３）どのような作業をしていて（動作・姿勢・体位など）

（例　両手で○○を持ち上げて右横の棚床上1.5ｍに積み上げようとして、体を右側にねじったとき・・・等）

（４）（物を持っていた場合）持っていた物について

名称

形状　　縦　　　　cm　横　　　　cm　高さ　　　　cm　重さ　　　　　　　㎏

（５）（３）の作業が身体のどの部分にどのような負荷をかけたと考えますか

　（例　体を右側にねじったことにより、腰の左側を伸ばすような負荷がかかったと思います。）

５　既往症について（今回と同一部位を過去に負傷したことは）

無し・　有り

　有りの場合

①傷病名

②治療状況　・最終診療　　　　年　　月頃

　　　　　　・現在治療中（治療内容　　　　　　　　　　　　　　　　　）

③現在の症状（痛みの度合い等）

６　その他の病歴

７　職歴及び作業歴

　　入社したのは　　　　　　　　年　　月　　日

　　被災時の同一作業は　　　　　年　　月　　日から

８　現認者　職・氏名

９　負傷日と初診日について

（1）負傷後最初に医師に受診したのは

　　　　　月　　　日　　診療機関名

（2）当日受診しなかった場合

　①病院を受診するまでの症状の経過

　②当日は終業時間まで就労したか

　③通常通りの作業が行えたか

10　休業の有無

（1）休業した　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで

　　　　　　　　年　　月　　日から就労開始

（2）休業しなかった

11　現在の状況は

（1）痛み等の症状は

（2）通院状況は（月○日　　週○日等）

（3）治療内容は

12.被災した場所の位置関係・作業体勢等簡単に図示してください。

　　（台車や棚などの高さ等についても記入してください。写真添付でも可）