

脚立における墜落・転落災害調査票

被災者についての設問 (該当するものに☑、記載を)

年代は 29歳以下 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上性別は 男 女災害の程度 休業1カ月未満 休業1カ月以上

被災者のお仕事は (具体的に: _____)

脚立の種類についての設問 (該当するものに☑を)

 はしご兼用脚立の脚立使用 専用脚立 (はしごにならないタイプ) 上枠付き専用脚立 (天板に乗れる上枠付きの脚立)

今回の災害の原因として考えられるもの (該当するものすべてにチェック欄に☑をお願いします)

| 方法別 | チェック欄 | 原因 |
|-------|--------------------------|------------------------------|
| 設置場所 | <input type="checkbox"/> | 地面・砂利等設置面が不安定な (沈下する) 場所であった |
| | <input type="checkbox"/> | 傾斜地 (マンションの外廊下、道路など) であった |
| | <input type="checkbox"/> | 階段の途中であった |
| | <input type="checkbox"/> | その他 (具体的に: _____) |
| 設置方法 | <input type="checkbox"/> | 開き止め金具が外れた (かかっていたいなかった) |
| | <input type="checkbox"/> | 折りたたんだまま、昇降設備として利用していた |
| | <input type="checkbox"/> | その他 (具体的に: _____) |
| 作業方法 | <input type="checkbox"/> | 体の重心が脚立の外側に出ていた |
| | <input type="checkbox"/> | 荷物の押し込み、荷物の引き出しなど反動のある作業を行った |
| | <input type="checkbox"/> | 天板上で作業を行った (上枠付き脚立を除く) |
| | <input type="checkbox"/> | つま先立ちをした |
| | <input type="checkbox"/> | その他目的外使用をした |
| 昇降方法 | <input type="checkbox"/> | 荷物を手に持ちながら昇った |
| | <input type="checkbox"/> | 荷物を手に持ちながら降りた |
| | <input type="checkbox"/> | 脚立を背にして昇った |
| | <input type="checkbox"/> | 脚立を背にして降りた |
| 脚立の状態 | <input type="checkbox"/> | 元々壊れていたが放置していた |
| | <input type="checkbox"/> | さん (踏み面) にすべり止めがついていなかった。 |
| | <input type="checkbox"/> | 使用前点検を実施しなかった |
| 教育 | <input type="checkbox"/> | 脚立の使用方法について教育を実施していなかった |
| マニュアル | <input type="checkbox"/> | 作業マニュアルを作成していなかった |

ご協力ありがとうございました。

もしよろしければ、担当者名、連絡先のお電話番号をご記入いただければと存じます。

担当者名

電話番号

FAXの場合このままお送りください

FAX番号 03-3512-1559

東京労働局労働基準部安全課あて