

業務災害発生連絡票(⑤)

会社名 _____

年 月 日

1. 氏名(フリガナ)		2. 生年月日	
		S・H 年 月 日 (歳)	
3. 住所			4. 性別
〒 -			男・女
5. 負傷日時		6. 職種	
R 年 月 日 AM 時 分頃 PM			
7. 災害の原因及び発生状況(図も利用して下さい)			
a) どこで? (例)〇〇事務所で、〇〇に出張中(出張先住所)、〇〇工場内で等			
b) どんな作業をしているときに? (例)荷の積み降ろし、加工材料の研磨作業、キッチン取り付け作業 等			
c) けがの直接の原因は? (例)バランスを崩して、滑って 等			
d) その他災害発生時の状況は? (例)荷物・加工材料等の重さ・形状、機械・道具の具体的利用方法 等			(図)
e) 傷病の部位と状態 (例)右上腕部骨折、左足首捻挫、右手指先切傷 等			
8. 目撃した方(役員以外)又は報告を受けた方(役員以外)の			9. 休業の予定
a) 氏名	b) 職名	c) 住所	あり・なし
10. 病院に関する確認事項			
a) 病院・薬局等の名称	b) 労災指定の有無	c) 病院等の電話番号	
	あり・なし		
d) 病院等の所在地 〒 -			
e) 現在の治療費の支払い状況		f) 薬局に提出する労災の書類も必要ですか?	
		必要・不要・不明	
11. 建設業の場合、次の項目にも答えて下さい			
a) 災害発生場所はどこですか? 事務所・現場・その他()		b) 元請工事ですか? 元請・下請	
c) 現場名	d) 現場の所在地		

労務アシスト

〒252-0206

相模原市中央区淵野辺3-15-1-3階

TEL 042-704-9860

FAX 042-704-9861