災害報告書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 会社名 |  |
| 2 | 担当者 |  | ＴＥＬ |  |
| 3 | 業務通災区分 | 1.業務上2.通勤災害 |
| 4 | どなたですか | 職種 | 住所 |  |
| 名前 |  |
| 生年月日 |  | ＴＥＬ |  |
| 採用年月日 |  |
| 5 | いつですか | 令和　　年　　月　　日 | 午前 | 　　時　　分頃 |
| 午後 |
| 6 | ※どのような場所で |  |
|  |
| 7 | ※どのような作業をしていて |  |
|  |
| 8 | ※どのような状態で |  |
|  |
| 9 | ※どこを負傷したのか |  |
|  |
| 10 | 受診（病院）先 |  | ＴＥＬ |  |
| 受診先（　　　）科 | 住所 |  |
| 受診（薬局）先 |  | ＴＥＬ |  |
|  | 住所 |  |
| 11 | 受診日 |  |
| 12 | 休業しますか | 　する　しない　（休業見込　　日位） |
| 13 | 現認者はだれですか | 職名　　　　　　　　氏名 |
| 14 | けがをした際の略図（機械の略図、状態等) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※は詳しく記入してください。