

担当	理事
/	/

(負傷をされた方の情報)

			整理番号	999	
フリガナ	ロウサイ タロウ	性別	男・女	生年月日	昭和
氏名	労災 太郎				平成
現住所	〒 810-0013 福岡市中央区谷 2-14-8	電話番号		(携帯) 090-5555-6666 (自宅) 092-555-6666	
職種	解体工	給付日額		5,000 円	

(災害の発生状況)

発生日時	令和 2年3月15日 午前 2時35分頃 西暦	午前 午後	
発生地住所	福岡市〇〇区〇〇町〇-〇-〇〇	工事名称	〇〇ビル解体更地工事
発生状況	(どのような作業で) 〇〇〇の作業をしていたところ、 (どうなって) □□□が、△△△してしまい、 (どこを負傷したか) 〇〇〇を、〇〇〇してしまった。	(災害発生時の略図)	
現認者	現認者 (災害を目撃した方、最初に報告した方、元請の現場監督者、同じ現場の一人親方さん等) (職名) 一人親方 (氏名) 〇〇 次郎		
第三者行為災害	第三者 (負傷の原因となった相手方) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
二以上現場	他の現場での作業の有無 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※「あり」の場合▶その現場での身分 <input type="checkbox"/> 一人親方 <input type="checkbox"/> 従業員		

(負傷の状況)

傷病名	右〇〇骨□□□□	状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 転医予定
休業	<input type="checkbox"/> 休業なし <input checked="" type="checkbox"/> 休業あり (5) 日間見込み 休業開始日 3月17日 ~ 3月21日 (予定・確定)		

(受診の状況)

負傷してから 受診まで	<input type="checkbox"/> 負傷してすぐ受診した <input type="checkbox"/> その日の仕事終了後受診した <input type="checkbox"/> 翌日受診した <input checked="" type="checkbox"/> (2) 日後に受診した → 受診が遅れた理由 (受診時間がなく市販薬で治療していたが症状改善しなかった) ため		
初診病院	(病院名称) 〇〇整形外科クリニック (住所) 福岡市〇〇区〇〇〇 1-2-34 (受診日) (電話番号) 092-222-2345 3月17日 ~ 3月18日 (院外薬局の利用) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (薬局名: 〇△調剤薬局 □△店 住所: 福岡市〇〇区〇〇 1-2-2)		
転医先病院①	(病院名称) □□□病院 (住所) 福岡市□□区□□町 9-8-76 (受診日) (電話番号) 092-987-6543 3月18日 ~ 3月18日 (院外薬局の利用) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬局名: 住所:) (転医した理由) <input type="checkbox"/> 通院の利便性のため <input checked="" type="checkbox"/> その他 (〇△〇の検査を受けるため) ため		
転医先病院②	(病院名称) (住所) (受診日) (電話番号) 月 日 ~ 月 日 (院外薬局の利用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬局名: 住所:) (転医した理由) <input type="checkbox"/> 通院の利便性のため <input type="checkbox"/> その他 () ため		

※ 記載欄が不足する場合は余白に記入されるか、別紙を添付ください。