

業務上災害連絡書

担当	理事
/	/

(負傷をされた方の情報)

				整理番号	
フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和
氏名					平成
現住所	〒			電話番号	(携帯) (自宅)
職種				給付日額	円

(災害の発生状況)

発生日時	令和 西暦	年	月	日	午前 午後	時	分頃
発生地住所					工事名称		
発生状況	(どのような作業で) (どうなって) (どこを負傷したか)				(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) (氏名)						
第三者行為災害	第三者 (負傷の原因となった相手方)				<input 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」の場合▶その現場での身分□一人親方 □従業員	

(負傷の状況)

傷病名		状況	<input 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 type="checkbox"/> 休業あり () 日間見込み 休業開始日 月 日 ~ 月 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 type="checkbox"/> () 日後に受診した → 受診が遅れた理由 () ため		
初診病院	(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:)		
転医先病院①	(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		
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。