

# 通勤途上災害連絡書

担当	理事
/	/

## (負傷をされた方の情報)

				整理番号	
フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
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 年 月 日		午前 時 分頃	午後 時 分頃
発生日に住居(現場)を離れた時刻	午前 時 分頃		発生した日の就業開始(終了)時刻	午後 時 分頃
発生地住所			工事名称	
通勤経路	(通常の通勤経路)			
	(事故当日の通勤経路)			
	WEBサイトなどから地図を印刷し、通勤ルートと事故発生現場に「×」印を記したものを別途添付ください。			
発生状況	(どのような状況で)		(どうなって)	(どこを負傷したか)
現認者	現認者(災害を最初に報告した方、元請の現場監督者等) (職名) (氏名) (住所)			
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			
交通事故の場合	警察に事故の届出 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → 理由( ) ため			
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 <input type="checkbox"/> 一人親方 <input type="checkbox"/> 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	(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。