**腰痛事案の調査報告書**

1. **職員の所属・職・氏名等について記入願います**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　属 |  | 職　名 |  |
| ふりがな |  | | □男　　□女 |
| 氏　名 |  | | 年　　月　　日生 |

1. **災害発生時の状況について記入願います**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○作業開始から災害発生までの経過時間 | | | | | | 時間　　分 | |  | |
| ○災害発生時における作業の進捗状況 | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| ○取扱物の重さ、大きさ、形 | | | | | | ○作業時の姿勢、体位（略図で示してください） | | | |
|  | | 重量 | | | kg |  | | | |
|  | | 大きさ | | |  |
|  | | 形 | | |  |
|  | | | | | |
| ○災害発生時の職種の経験年数 | | | | | | ○災害発生時の職場における経験年数 | | | |
|  | 年　　月 | | | （必要があれば略歴をつける） | |  | 年　　月 | | （必要があれば略歴をつける） |
|  | | | | | | | | | |
| ○災害発生時に通常の動作と異質の突発的出来事（例：滑った、転んだ、打った等）があったか | | | | | | | | | |
|  | | | （有の場合はその出来事を具体的に記入してください。） | | | | | | |
| □有　□無 | | |  | | | | | | |

1. **身体的条件と既往症について記入願います**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○身長 | | cm | |  | | | ○療養休暇の状況  病気・ケガで | | □よく休む  □時々休む  □あまり休まない  □休まない | |
| ○体重 | | kg | |
|  | | | | | | | | | | |
| ○腰痛の既往歴の有無  □有　□無 | | | |  | | | 左の確認方法  出来るだけ多く  の方法により確  認すること | | □共済組合員証の使用状況を調べた  □本人に聴いた  □同僚等に聴いた  □その他（方法　　　　　　　　） | |
|  | | | | | | | | | | |
| ○既往歴のある場合 | | | | | | | | | | |
|  | 痛かった  時期 | | 年　　月頃 | |  | その時  の病名 | |  | | その時医療機関で  　□治療した　□治療しなかった |
|  | | | | | | | | | | |

1. **主治医に面談又は連絡のうえ聴取し記入願います**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○初診時の問診において特に注目すべき事項はなかったか | | | | | | | |
|  | | （有の場合はその状況を具体的に記入して下さい） | | | | | |
| □有　□無 | |  | | | | |  |
| ○レントゲン写真、諸検査の結果から骨の異常、ヘルニア等の症状はなかったか | | | | | | | |
|  | | （有の場合はその状況を具体的に記入して下さい） | | | | | |
| □有　□無 | |  | | | | |  |
| ○腰痛の発症と公務の関係についての意見  　災害発生時の作業内容、取り扱った物の重量、作業時の体位、姿勢等から判断して腰痛の発症は  □本人の潜在的素因によるもので公務中の動作等が原因ではない  □通常の作業動作中に明確な災害性の原因がなく偶発したものである  □公務中の動作により痛みの消退していた既往の疾病の症状が急激に増悪したものである  □捻挫等による筋性の腰痛で、本人の素因によるものではない  □上記以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 聴取病院名 |  | | |  | 聴取した医師名 |  |  |
| 聴取者所属、職、氏名、連絡先 | | |  | | | |  |
|  | | | 連絡先　TEL （　 　　）－（　 　　）－（　　 　） | | | |  |

1. **療養の経過について記入願います**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○被災日から報告提出日までの治療の経過について記入してください | | | | | | | | | |
|  | 被災日と初診日の異なる  場合はその間の状況につ  いて記入してください | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| 月  （記入例）  ○月○日　被災  ○月○日　初診  □月□日　入院、投薬、注射  ×月×日　通院週3回位  □月□日　治ゆ | | 日 |  | 月  （記入例）  ○月○日　被災  ○月○日　初診  □月□日　入院、投薬、注射  ×月×日　通院週3回位  □月□日　治ゆ | | 日 |  |  | |
| 月 | | 日 |  | 月 | | 日 |  |
| 月 | | 日 |  | 月 | | 日 |  |
| 月 | | 日 |  | 月 | | 日 |  |
| 月 | | 日 |  | 月 | | 日 |  |

上記のとおり報告します。

　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 任命権者、職、氏名 |  |  |

地方公務員災害補償基金青森県支部長殿