腰痛症等の状況報告書

支部様式２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被災職員 | | 所属名 | | 職名 | | | | | |
| 氏名  　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） | | | | | 身長  　　　　．　　㎝ | | 体重  　　　　．　　kg |
| 受傷年月日 | | | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分頃 | | 受傷場所 | | |  | |
| 治　　療　　状　　況 | 診断傷病名 | | | | | | | | |
| 初診医療機関名 | | | | | 初診日　令和　　 年 　　月 　　日 | | | |
| 転医先医療機関名 | | | | | 転医日　令和　　 年 　　月 　　日 | | | |
| 転医の理由（医師の紹介、通院が便利である等具体的に記載願います。） | | | | | | | | |
| 治療状況（入院中又は通院中である場合は、該当項目を○で囲んでください。）  ・　入院期間　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　又は　入院中  ・　通院期間　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　又は　通院中 | | | | | | | | |
| １　災害の原因及び発生状況等の詳細  (1)　災害発生状況の概要     1. 受傷作業場等の状況 2. 受傷時の姿勢（作業体位）及び外力の作用した強さ、方向等   (4)　取り扱ったもの及びその大きさ（形状）、重量 | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ２　受傷後、医師の診察を受けるまでの詳細  （なお、直接柔道整復師で治療を行った場合はその理由も付記してください。）  ３　腰痛症等の既往症  (1)　医療機関での療養の有無　　　有　　・　　無  (2)　(1)で有の場合  　ア　傷病名  　イ　診療医療機関名  　ウ　治療の時期及び入院、通院状況（期間）等  　エ　療養の原因となった作業等の状況  ４　医療機関で治療を受けたことがない場合で、災害発生以前に腰痛等を発症したことの有無及びその際の作業等の状況  　(1)　腰痛等の発症の有無　　　有　　・　　無  　(2)　(1)で有とした場合  　　ア　時期及び症状  　　イ　腰痛等の原因となった作業等の状況 |
| ５　その他参考事項  （被災前に腰部等に加重負荷のかかるような出来事（腰部等に負担のかかる作業又は姿勢等）があった場合等について、時期、作業内容、姿勢等具体的に記入してください。（公私を問わない）） |
| 上記のとおり相違ありません。  　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　被災職員氏名  　　　　　　　　　　　　　　所属の長  　地方公務員災害補償基金岩手県支部長　様 |