

腰痛事案調査書

(支部様式第3号)

所属			職名									
氏名			生年月日 年 月 日 年 齢	年	月	日生 () 歳						
災害発生時の状況等	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 災害発生時の作業内容 ◦ 災害発生時の状況 ◦ 取扱物の重さ、大きさ、形 ◦ 災害発生時の職種の経験年数 			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 作業時の姿勢、体位 (災害発生状況を図示してください) 								
身体的条件と既往歴	身長	cm	体重	kg								
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 被災前の健康状況 <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 全く健康であった</td> <td><input type="checkbox"/> 病気で時々休む</td> <td><input type="checkbox"/> 病気でよく休む</td> </tr> </table> ◦ 腰痛の既往歴の有無 <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 有</td> <td><input type="checkbox"/> 無</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> </table> ◦ 有の場合 (時期・程度について本人、同僚に聴取し内容を書いてください) 						<input type="checkbox"/> 全く健康であった	<input type="checkbox"/> 病気で時々休む	<input type="checkbox"/> 病気でよく休む	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> わからない
<input type="checkbox"/> 全く健康であった	<input type="checkbox"/> 病気で時々休む	<input type="checkbox"/> 病気でよく休む										
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> わからない										
上記のとおり報告します。 年 月 日 調査者職氏名 地方公務員災害補償基金 大 分 県 支 部 長 殿												