

災害報告書（業務上）

平成 年 月 日 報告者 印

罹 災 者	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日（ 歳）	
	住所〒			男女	Tel
	入社 年 月 日 （ 年 か月）	所属 課 職種		現職歴 年 月 日から （ 年 か月）	
災	発生日時	平成 年 月 日（ ） 午前・後 時 分	天 候	当日勤務	出 時 分 退 時 分
	発生場所	現場住所	作業名 現場目撃者	または工事名 職種 氏名	
害	傷病部位 傷病名		初診日	医療 機関	
	災害程度	死亡（ 月 日午前・後 時 分 場所 ）			
発 生 状 況		治療日数 日	入院日数 日	休業日数 日	
	災害発生状況 どんな作業をしているとき 何をしていたら どんな不安全・有害なことがあって どこをどうした			略図（災害の状況を図示すること） 注：高さ 長さ 重量 容量 温度 作業姿勢など	
	災害の原因				
今 後 の 対 策				*一括適用の場合のみ記入 直接所属事業所名称 ・住所・Tel	