

労働災害発生報告書

所属事業所名					
承認者名		役職名	氏名		印
災害の発生日時		令和 年 月 日 時 分			
労 働 者 の	氏 名			職種と 前職含む 通算勤務年数	(年 ケ月)
	性 別	男 女	生年月日	年 月 日	
	住所 電話番号	〒 — TEL			
傷病名もしくは 傷病部位の状態					
初診日		年 月 日	休業見込期間		
病 院	病院名			薬 局	薬局名
	電話番号				電話番号

災害発生状況及び原因

- ①どのような場所(所在地も記載)で②どのような作業をしているときに③どのような物又は環境において
④どのような不安全な又は有害な状態があって⑤どのような災害が発生したかを詳細に記入して下さい。

訪問移動中の場合は前後の訪問先の利用者様氏名・住所をご記入ください。	
介入中の場合は、該当利用者様の氏名・住所をご記入ください。	
移動前 :	
移動後 :	

略図（発生時の状況を図示する。）
