

# 労働災害発生報告書

所属事業所名					
承認者名		役職名氏名㊟			
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	〒 ー 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つて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。）

--