

## 腰痛の発生報告書（１）

労働保険番号	事業場名	被災者氏名	生年月日
			昭和 年 月 日

1. 腰痛発生日時 平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃

2

	今回治療した医療機関名	治療期間	傷病名
1		月 日～ 月 日	
2		月 日～ 月 日	
3		月 日～ 月 日	

※腰痛発生日時から受診までに1日以上の開きがある場合は、すぐに受診しなかった理由を記載して下さい。

---



---

3. 現在は（ 治癒 ・ 通院中 ・ 入院中 ）です。

治癒した日 年 月 日 職場を復帰した日 年 月 日

あなたの今の腰痛は、どんな状況ですか。

4. 腰痛の発生状況（作業姿勢を裏面に記載してください）

（1）取り扱ったもの 品名

形 重さ  
大きさ 縦 横 長さ

（2）場所の状況（ 狭い ・ 広い ・ 天井が低い ）具体的に

（3）姿勢（ いつもと異なった姿勢 ・ 腰をのばした姿勢 ・ いつもと同じ姿勢 ）

（4）動作（手足の位置、腰と膝の位置等どのような状態か具体的に）

（5）その時扱ったものが、予想に反して重かったり、軽かったりした事がありましたか。

(6) 現認者の職種及び氏名

現認者とあなたの距離

(7) 上記(1)～(4)の作業はいつもやっている作業ですか。

毎日 時間位、 週 時間位、 月に 時間位

(8) 当日の作業では同種のものを 個持ち運び 個目位で発症しました。

5. (1) 腰痛発生時の痛み ( なかった ・ あまりなかった ・ ひどくあった )

(2) 腰痛発生後は ( そのまま作業を続けた ・ 作業を中止した ・ 歩けなかった  
作業場内で休んだ ・ すぐ家に帰った ・ すぐ病院へ行った  
その他の場合具体的に )

6. 過去において、腰が痛くなったことがありますか。

ない ・ ある

ある場合はいつ頃か

治療した医療機関名

傷病名

(1) 年 月頃

(2) 年 月頃

(3) 年 月頃

7. 今までに腰部(腰痛)のレントゲン写真を撮ったことがありますか。

ある ・ ない

ある場合はいつ頃ですが。

医療機関名

年 月頃

8. 腰痛を発症したことで、何か申し立てしたいことがありましたら記載してください。

9. 日中、あなたとお話したい場合は、どちらに電話連絡したらよろしいですか。

連絡先

電話番号

上記のとおり相違ありません。

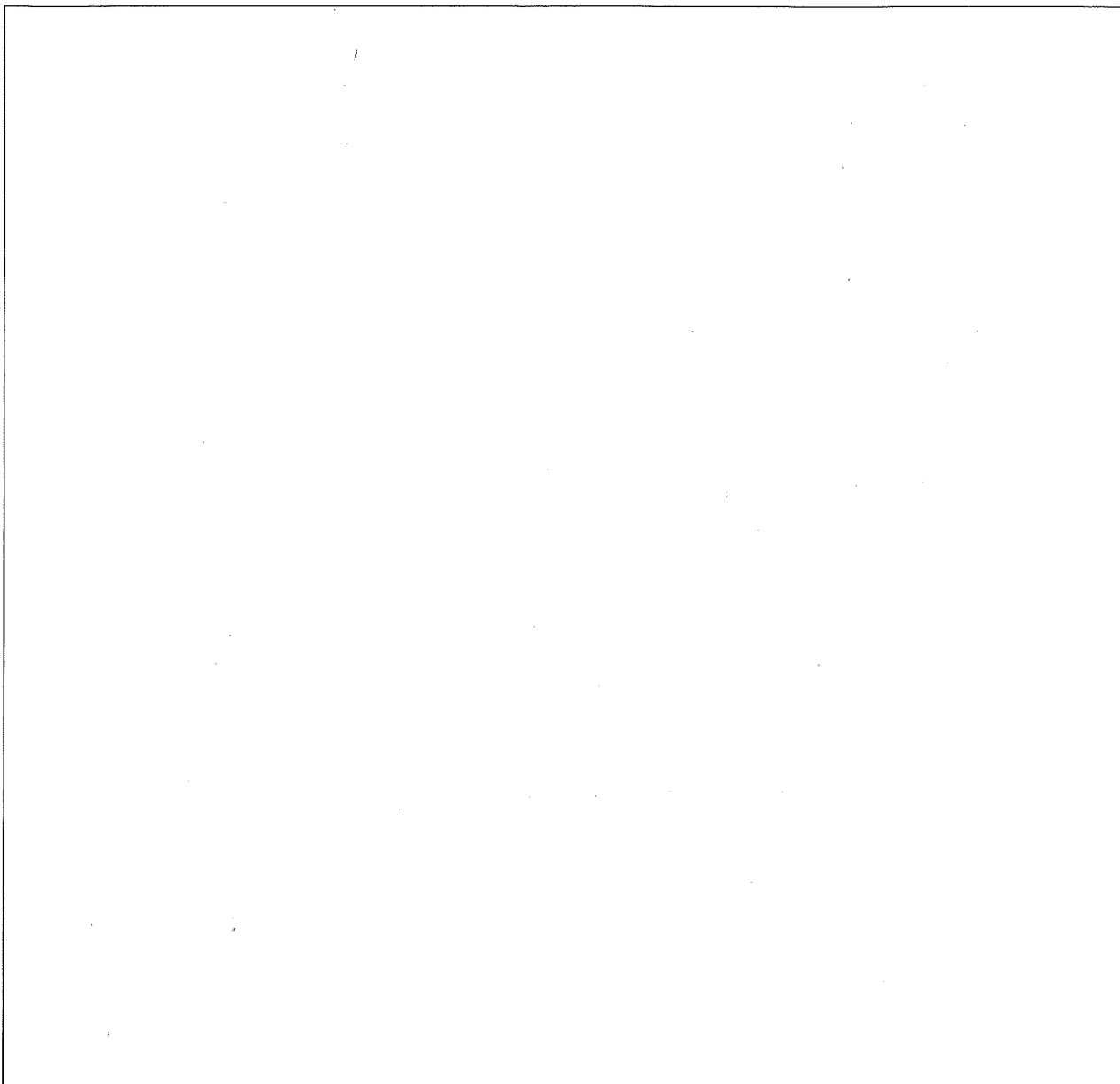
平成 年 月 日

被災者の住所

氏 名

印

腰痛を発生した時の作業姿勢の図解



10. その他