

腰痛の認定調査票

氏名： (男・女)		年 月 日生 (発症時 歳)
所属：	職名： (□常勤 □非常勤)	適用俸給表： 俸給表 級 号
所属組織の組織図又は機構図：別添のとおり		人事記録：別添のとおり
1. 災害発生の状況等		
発生日時：令和 年 月 日 () 時 分ごろ		傷病名：
発生場所：		
災害発生の概況：		
災害発生現場の見取図及び作業姿勢・作業動作の写真等：別添のとおり		
申立書 → <input type="checkbox"/> 有 (別添のとおり) <input type="checkbox"/> 無		
作業態様		
取り扱った重量物又は人の形状 (状態)：		
取り扱った重量物等の重量 → (kg又は kg～ kg)		
作業姿勢：		
具体的な作業動作：		
持続時間 → (時間 分)		
回数 → (回)		
通常の動作 (本人の通常の作業動作及び一般の日常生活上の動作) との比較 → <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる 詳細：		
症状の内容及び経過：		

2. 作業従事歴等

作業従事歴：

上記作業の従事期間 → (年 月)

3. 健康状況及び発症時の医師の所見等

健康状況等

本人の身長及び体重：身長 cm 体重 kg (年 月 日現在)

本人の素因、基礎疾患又は既往症 → 有 無

「有」の場合は、その内容（治療状況、療養経過を含む。）：

発症時の主治医の診断書・意見書等

主治医の診断書・意見 → 有（別添のとおり） 無（入手すること）

診療録・診療要約 → 有（別添のとおり） 無（借用すること）

X線写真・CT・MRI等の画像検査等 → 実施 有（別添のとおり） 未実施
無（借用すること）

通院・入院等の状況

初診日 → 令和 年 月 日

通院日数 → 日

入院 → 有（入院日数 日） 無

治癒（症状固定）日 → 令和 年 月 日

専門医等の意見聴取結果：

作 成 年 月 日		令 和 年 月 日	
作 成 者	所 属 ・ 職 名	氏 名	
補償事務主任者	所 属 ・ 職 名	氏 名	

注1 用紙サイズはA4とするが、各欄の大きさ及び調査票の枚数は、記載内容に応じたものとしてよい。

2 該当する□にはレ印を記入する