腰部痛に関する認定調査票

（災害性の原因による腰痛）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被災職員 | 所属 | | 職・氏名 | 生年月日等  　年　月　日生（　　歳）男・女 |
| 身長  ㎝ | | 体重  ㎏ | 被災年月日  平成／令和　　年　　月　　日 |
| 災害発生状況の詳細 | 被災時の動作   * 重量物の運搬中に転倒したり、重量物を２人で運んでいる際に、そのうちの１人が荷をはずしたりしたような事故的な事由により瞬時に重量が腰部にかかることはありましたか。   　　　　　→　　　有　・　無  　「有」の場合、どのような状況であったのかできるだけ具体的に記入してください。   * 上記の事故的な事由はない場合、重量物を取り扱う際、当該重量物が予想に反して著しく重かったり、軽かったことはありましたか。   　　　　　→　　　有　・　無  「有」の場合、どのような状況であったのかできるだけ具体的に記入してください。 | | | |
| 被災時の姿勢  膝や腰、上体の曲げ具合などについてできるだけ具体的に記入してください。 | | | |
| 勤務環境  作業スペースが狭い、足下が不安定など、重量物を扱う際に不自然な姿勢を取らざるを得なかった場合、その状況を具体的に記入してください。 | | | |
| 発症の原因となった重量物 | 人間の  場合 | （性　別）　男　・　女　　　　（年　齢）　　　　　　　　歳  （身　長）　　　　　　　　㎝　（体　重）　　　　　　　　㎏ | | |
| 物体の  場合 | （大きさ）　　　　　　㎝×　　　　　　㎝×　　　　　　㎝  （重　量）　　　　　　　㎏  （形　状）  （材　質） | | |
| 腰部に関する既往歴 | 被災前の運動歴　　　　→　　　有　・　無  　「有」の場合、その内容を記入してください。 | | | |
| 被災前における腰部痛に関する受診歴　　　　→　　　有　・　無   * 「有」の場合、受診状況を下表に記入してください。  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 受診した時期  及び期間 | 医療機関名 | 診断名 | 治療内容 | |  |  |  |  |   ・「無」の場合、腰部痛の自覚症状の有無　　　　→　　　有　・　無 | | | |
| 被災後の療養経過 | 診断傷病名　　　→  療養経過   * 下表に受診年月日、受診医療機関、受診した際に受けた処置、その際の症状等について、時系列的に記入してください。  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 受診年月日 | 受診医療機関 | 処置及び症状等 | |  |  |  | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　年　　　月　　　日  被災職員の職・氏名  所 | | | | |

※認定調査票の各調査事項の回答欄に書ききれないものについては、任意様式にて提出していただいても構いません。