**[](https://jp.smartsheet.com/try-it?trp=77818&utm_language=JP&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Employee’s+First+Report+of+Injury+Form-word-77818-jp&lpa=ic+Employee’s+First+Report+of+Injury+Form+word+77818+jp)従業員の第一労災報告書**

指示 このフォームを使用して、従業員は、 怪我や病気につながる可能性のある、仕事に関連するすべての事故、怪我、病気、または予定外の出来事を報告するものとします。完了すると、このフォームは次のステップのためにマネージャーに渡されます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告事項に関連する仕事: |  | 怪我 |  | 病気 |  | ニア ミス |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名前 | 監督者氏名 | | 報告日 |
|  |  |  | |
| 役職 | 上司はこのインシデントを認識していますか？ | | |
|  |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| インシデント発生場所 | インシデント発生日 | 時刻 |
|  |  |  |
| 目撃者 *いる場合* | | |
|  | | |
| インシデントの説明 実行されるタスクと一連のイベントについて説明します。*必要に応じてページを追加します。* | | |
|  | | |
| この怪我/ニアミスを防ぐために何ができましたか？ | | |
|  | | |
| あなたの体のどのような部分が負傷しましたか？ニアミスの場合、どのように怪我をしましたか？ | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治療は必要でしたか？ | | | | 「はい」の場合、病院/医師の名前: |
|  | はい |  | いいえ |  |
| 診療日 | | 診療時刻 | | 病院/医師の電話番号 |
|  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体のその部分は以前にも怪我をしましたか？ |  | はい |  | いいえ | 「はい」の場合、それはいつですか？ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他の仕事はしていますか？ |  | はい |  | いいえ | 組織/団体名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **従業員署名** | **日付** | **監督者署名** | **日付** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **– 免責条項 –**  Smartsheet がこの Web サイトに掲載している記事、テンプレート、または情報などは、あくまで参考としてご利用ください。Smartsheet は、情報の最新性および正確性の確保に努めますが、本 Web サイトまたは本 Web サイトに含まれる情報、記事、テンプレート、あるいは関連グラフィックに関する完全性、正確性、信頼性、適合性、または利用可能性について、明示または黙示のいかなる表明または保証も行いません。かかる情報に依拠して生じたいかなる結果についても Smartsheet は一切責任を負いませんので、各自の責任と判断のもとにご利用ください。 |