

# 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:	<input type="checkbox"/> 怪我	<input type="checkbox"/> 病気	<input type="checkbox"/> ニアミス
--------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

名前	監督者氏名	報告日
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

役職	上司はこのインシデントを認識していますか？
<input type="text"/>	<input type="text"/>

インシデント発生場所	インシデント発生日	時刻
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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:	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="text"/>
診療日	診療時刻	病院/医師の電話番号
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

体のその部分は以前にも怪我をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合、それはいつですか？
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

他の仕事はしていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	組織/団体名
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

従業員署名	日付	監督者署名	日付
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 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。