地基山形様式第６号

腰　　痛　　等　　調　　書　《Ａ面》

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被災  職員 | 所属 |  | | | | 職名 |  | | | 氏名 | | 生年月日　　　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 身長 | ・　　cm | | | | 体重 | ・　　kg | | | | 体格 | | | 肥満体　　普　通　　細身体 | | |
| 災  害  発  生  の  状  況 | 概　要 | | | | | | | | | | | | | | | |
| その際の姿勢 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負腰  担部  　等  　に  　か  　か  　っ  　た | | 取り扱ったもの | | | | | | | | | | | | | |
| 重　量  kg | | | | | 大きさ（単位：cm）  　縦　　　横　　　高さ | | | | | | | 材　質 | |
| その他参考事項 | | | | | | | | | | | | | |
| 治  療  状  況 | 診断名 | | |  | | | | | 医療機  関　名 | | | |  | | | |
| 治　療  期　間 | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで ・ 継続中 | | | | | 入通院  の　別 | | | | 入　院　・　通　院  （　休暇中　・　就　業　） | | | |
| 等前  疾３  患年  歴腰  　部 | 発病年月日 | | | | 傷 病 名 | | | | 治療期間 | | | | | | | 公務上外の別 |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　　　年　　月　　日  被 災 職 員 | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　この調書の添付資料として、共済組合からの既往歴の証明書を添付すること。

公務災害腰痛等関係調査表（医学的所見）　《Ｂ面》

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | 初 診 日 | 年　　　月　　　日 | |
| 傷病名 |  | | | 療　　養  (見込み)  期　　間 | 日  週　間  月 | |
| 自　覚  症　状 |  | | | | | |
| 主  治  医  所  見 | ＭＲＩ、レントゲン検査結果等 | | | | | |
| 所　　見 | | | | | |
| 発  症  原  因 | １　Ａ面記載の動作に起因する災害性のものと認める。  ２　被災職員の素因又は既存基礎疾患が認められるが、Ａ面記載の動作がなければ、発症し  　　　 なかったと認める。  ３　被災職員の素因又は既存基礎疾患が認められ、Ａ面記載の動作に関係なく発症したもの  　　　 と認める。  　４　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
|
| ※素因又は基礎疾患についてご記入願います。 | | | | | |
| 上記のとおり証明します。  　 地方公務員災害補償基金山形県支部長　殿  　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | | |  | | |  |
|  |
|  | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | |  |
|
|  | |  | | | |
| 担当医師名 | | | | | |  |
|
|  | |  | | | |
|  | | | | | |  |
|
|  | |  | | | |