

# 負傷原因報告書

課長

統括主任  
(チーム長)

受付印

負傷者	氏名			記号・番号	
	生年月日	年	月	日	世帯主から見た続柄
負傷内容	負傷した部位と状態	例) 右腕を骨折、右手の裂傷、左肩から腰にかけて痛み、首のむち打ち 等			
	受診する医療機関名				
負傷したときの状況	日にち	年	月	日	内容 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 交通事故以外
	場所	例) 自宅階段、会社通勤路、〇〇市×町の交差点 等			
	詳しい状況	※誰が、どのような場所で、何をしているときに、誰から、何をして(されて)負傷したのか、なぜその状況が起きたのか、負傷した原因がわかるように記載してください。			
	相手がいる場合	負傷に関係する相手の連絡先はわかりますか    はい・いいえ			
交通事故の場合	事故類型	<input type="checkbox"/> 車(自転車含む)と車 <input type="checkbox"/> 車と歩行者 <input type="checkbox"/> 車と物(建物等) その他( )			
	事故のとき何をしていたか	<input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中(運転手氏名: ) <input type="checkbox"/> 歩行中 <input type="checkbox"/> その他( )			
	衝突・接触等の状況	<input type="checkbox"/> 自分(または自分が乗る車)がぶつかっていった <input type="checkbox"/> 相手方がぶつかってきた <input type="checkbox"/> 出合い頭の衝突 <input type="checkbox"/> 並走中の接触 <input type="checkbox"/> その他( )			

上記のとおり報告します。

知多市長 様

年 月 日

世帯主 住所

氏名

電話番号 ( )

—