**休業４日未満の調査表**　　　　　　　　　　　　記入完了日 　　　　年　　月　　日

被災労働者氏名 　　　　　　　　災害発生 　　　　年　　月　　日　　時　　分頃

工事(等)件名

工事(等)場所

担当者氏名 　　　　　　　　　(電話 )

１.主治医への確認事項（被災翌日から３日間について）

主治医氏名 　　　　　　　(確認年月日 　　　　年　　月　　日)

①受傷部位および傷病名

②被災者の固定具・補助具の使用状況をお教えください。 （□有 ・ □無 ）

　□ギプス ・ □コルセット ・ □松葉杖 ・ □その他（ 　　　　　　）

③要治療見込日数 　　　日間

④要休業見込日数 　　　日間

⑤障害程度見込み (1) □障害が残らない

(2) 器質障害 □残る □残るかもしれない

(3) 機能障害 □残る □残るかもしれない

２．被災者への確認事項 （被災者確認年月日 　　　　年　　月　　日）

①被災者の就労の及び療養の意思を確認しましたか。

□はい ・ □いいえ

②被災者に労災保険制度（休業補償等）を説明し、理解させましたか。

□理解している ・ □理解していない

３．産業医等医師への就業上の意見聴取

産業医等医師氏名 　　　　　　　(確認年月日 　　　　年　　月　　日)

①就業上の意見聴取 （□聴取した ・ □聴取していない）

　　　□通常勤務 ・ □作業制限 ・ □配置転換 ・ □就業禁止（要休業）

　　　□その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．上記１～３により元請及び事業者が決定した就業上の実施した措置等

①決定した被災者の復職内容は、どのような内容ですか。