

お怪我の事故受付の質問書

(わかる範囲でご記入下さい)

Mail:info@keiho-p.com Fax:092-713-4220

貴社名	
ご担当者名	
ご連絡先	

■お怪我をされた方について

(ふりがな)			生年月日 性別	年 月 日 (歳) 男性・女性
お名前				
ご住所		〒 -	連絡先	
			契約者との関係 本人・役員・従業員・下請 その他()	

■事故の内容について

事故日時	年 月 日(曜日) / 午前・午後 時 分 ごろ
事故発生場所	区・市 町 丁目の 会社・現場・資材置場・路上・その他()
事故の状況(内容)	例)〇〇作業中、足場から転落し、右手から落ちてしまい、右手首を骨折した。

■お怪我について

おケガの場所	頭・顔・首・背中・腰・腕・右手(指)・左手(指)・脚・その他()		
おケガの内容	切断・骨折・捻挫・打撲・切傷・その他()		
入院の有無	なし・あり(日くらい)	手術の有無	なし・あり()
治療期間	()日・週・月 くらい	治療費	労災・国保・健保・自費・その他

■病院について

病院名		連絡先	
所在地			
初診日	年 月 日		

■交通事故の場合

警察への届出	なし・あり	所轄署名		担当者名	
--------	-------	------	--	------	--