

公務災害防止対策報告書

職員番号		所属名																																																												
職名		被災者氏名																																																												
発生日時	平成 年 月 日 ()	午前 · 午後	時 分																																																											
天 候	晴 · 曇 · 雨(強・弱) · 雪 (該当箇所に○で囲んで下さい。)																																																													
発生場所																																																														
何をしていました時に、どうして、どうなった。																																																														
<p>以下の該当項目の□にチェックをしてください。(複数選択可)</p> <p><u>その時のあなたの状態</u></p> <table> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>よく見えなかった</td> <td><input type="checkbox"/>よく聞こえなかった</td> <td><input type="checkbox"/>気がつかなかった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>知らなかつた</td> <td><input type="checkbox"/>忘れていた</td> <td><input type="checkbox"/>大丈夫だと思った</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>うっかりしていた</td> <td><input type="checkbox"/>甘く見ていた</td> <td><input type="checkbox"/>慣れにより発生した</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>あわてていた</td> <td><input type="checkbox"/>過信していた</td> <td><input type="checkbox"/>勘違い・判断を誤った</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>油断した</td> <td><input type="checkbox"/>体のバランスを崩した</td> <td><input type="checkbox"/>深く考えなかつた</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>やりにくかった</td> <td><input type="checkbox"/>考え方をしていた</td> <td><input type="checkbox"/>不愉快なことがあつた</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>無意識に手などが動いた</td> <td><input type="checkbox"/>ぼんやりしていた</td> <td><input type="checkbox"/>自分本位に考えた</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>独断でやつた</td> <td><input type="checkbox"/>疲れていた</td> <td><input type="checkbox"/>イライラしていた</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>面倒だった</td> <td><input type="checkbox"/>やる気がなかつた</td> <td><input type="checkbox"/>体調が良くなかった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>休みあけだった</td> <td><input type="checkbox"/>その他 ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><u>原因又は想定される原因</u></p> <p><u>作業環境の問題(物理的要因)</u></p> <table> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>環境が悪い(照明・暑熱、騒音など)</td> <td><input type="checkbox"/>危険箇所の表示がない、見にくい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>床面凸凹、滑りやすい</td> <td><input type="checkbox"/>作業場所が狭い</td> <td><input type="checkbox"/>設備に不備があつた</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>危険の管理がまづかつた</td> <td><input type="checkbox"/>物の置き方が良くない</td> <td><input type="checkbox"/>整理整頓が良くない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>作業の服装等が不適切</td> <td><input type="checkbox"/>その他 ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><u>作業方法の問題(人的要因)</u></p> <table> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>基本通りにやらなかつた</td> <td><input type="checkbox"/>指示通りにやらなかつた</td> <td><input type="checkbox"/>作業手順の間違い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>作業段取りが悪かつた</td> <td><input type="checkbox"/>取り扱いを誤つた</td> <td><input type="checkbox"/>作業位置が良くない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>作業姿勢が良くない</td> <td><input type="checkbox"/>知識・経験不足</td> <td><input type="checkbox"/>役割分担の不明瞭</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>情報の不足</td> <td><input type="checkbox"/>共同者との連絡ミス</td> <td><input type="checkbox"/>確認不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>危険な動作をした</td> <td><input type="checkbox"/>危険予知の不足</td> <td><input type="checkbox"/>管理不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				<input type="checkbox"/> よく見えなかった	<input type="checkbox"/> よく聞こえなかった	<input type="checkbox"/> 気がつかなかった	<input type="checkbox"/> 知らなかつた	<input type="checkbox"/> 忘れていた	<input type="checkbox"/> 大丈夫だと思った	<input type="checkbox"/> うっかりしていた	<input type="checkbox"/> 甘く見ていた	<input type="checkbox"/> 慣れにより発生した	<input type="checkbox"/> あわてていた	<input type="checkbox"/> 過信していた	<input type="checkbox"/> 勘違い・判断を誤った	<input type="checkbox"/> 油断した	<input type="checkbox"/> 体のバランスを崩した	<input type="checkbox"/> 深く考えなかつた	<input type="checkbox"/> やりにくかった	<input type="checkbox"/> 考え方をしていた	<input type="checkbox"/> 不愉快なことがあつた	<input type="checkbox"/> 無意識に手などが動いた	<input type="checkbox"/> ぼんやりしていた	<input type="checkbox"/> 自分本位に考えた	<input type="checkbox"/> 独断でやつた	<input type="checkbox"/> 疲れていた	<input type="checkbox"/> イライラしていた	<input type="checkbox"/> 面倒だった	<input type="checkbox"/> やる気がなかつた	<input type="checkbox"/> 体調が良くなかった	<input type="checkbox"/> 休みあけだった	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 環境が悪い(照明・暑熱、騒音など)	<input type="checkbox"/> 危険箇所の表示がない、見にくい	<input type="checkbox"/> 床面凸凹、滑りやすい	<input type="checkbox"/> 作業場所が狭い	<input type="checkbox"/> 設備に不備があつた	<input type="checkbox"/> 危険の管理がまづかつた	<input type="checkbox"/> 物の置き方が良くない	<input type="checkbox"/> 整理整頓が良くない	<input type="checkbox"/> 作業の服装等が不適切	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 基本通りにやらなかつた	<input type="checkbox"/> 指示通りにやらなかつた	<input type="checkbox"/> 作業手順の間違い	<input type="checkbox"/> 作業段取りが悪かつた	<input type="checkbox"/> 取り扱いを誤つた	<input type="checkbox"/> 作業位置が良くない	<input type="checkbox"/> 作業姿勢が良くない	<input type="checkbox"/> 知識・経験不足	<input type="checkbox"/> 役割分担の不明瞭	<input type="checkbox"/> 情報の不足	<input type="checkbox"/> 共同者との連絡ミス	<input type="checkbox"/> 確認不足	<input type="checkbox"/> 危険な動作をした	<input type="checkbox"/> 危険予知の不足	<input type="checkbox"/> 管理不足	<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> よく見えなかった	<input type="checkbox"/> よく聞こえなかった	<input type="checkbox"/> 気がつかなかった																																																												
<input type="checkbox"/> 知らなかつた	<input type="checkbox"/> 忘れていた	<input type="checkbox"/> 大丈夫だと思った																																																												
<input type="checkbox"/> うっかりしていた	<input type="checkbox"/> 甘く見ていた	<input type="checkbox"/> 慣れにより発生した																																																												
<input type="checkbox"/> あわてていた	<input type="checkbox"/> 過信していた	<input type="checkbox"/> 勘違い・判断を誤った																																																												
<input type="checkbox"/> 油断した	<input type="checkbox"/> 体のバランスを崩した	<input type="checkbox"/> 深く考えなかつた																																																												
<input type="checkbox"/> やりにくかった	<input type="checkbox"/> 考え方をしていた	<input type="checkbox"/> 不愉快なことがあつた																																																												
<input type="checkbox"/> 無意識に手などが動いた	<input type="checkbox"/> ぼんやりしていた	<input type="checkbox"/> 自分本位に考えた																																																												
<input type="checkbox"/> 独断でやつた	<input type="checkbox"/> 疲れていた	<input type="checkbox"/> イライラしていた																																																												
<input type="checkbox"/> 面倒だった	<input type="checkbox"/> やる気がなかつた	<input type="checkbox"/> 体調が良くなかった																																																												
<input type="checkbox"/> 休みあけだった	<input type="checkbox"/> その他 ()																																																													
<input type="checkbox"/> 環境が悪い(照明・暑熱、騒音など)	<input type="checkbox"/> 危険箇所の表示がない、見にくい																																																													
<input type="checkbox"/> 床面凸凹、滑りやすい	<input type="checkbox"/> 作業場所が狭い	<input type="checkbox"/> 設備に不備があつた																																																												
<input type="checkbox"/> 危険の管理がまづかつた	<input type="checkbox"/> 物の置き方が良くない	<input type="checkbox"/> 整理整頓が良くない																																																												
<input type="checkbox"/> 作業の服装等が不適切	<input type="checkbox"/> その他 ()																																																													
<input type="checkbox"/> 基本通りにやらなかつた	<input type="checkbox"/> 指示通りにやらなかつた	<input type="checkbox"/> 作業手順の間違い																																																												
<input type="checkbox"/> 作業段取りが悪かつた	<input type="checkbox"/> 取り扱いを誤つた	<input type="checkbox"/> 作業位置が良くない																																																												
<input type="checkbox"/> 作業姿勢が良くない	<input type="checkbox"/> 知識・経験不足	<input type="checkbox"/> 役割分担の不明瞭																																																												
<input type="checkbox"/> 情報の不足	<input type="checkbox"/> 共同者との連絡ミス	<input type="checkbox"/> 確認不足																																																												
<input type="checkbox"/> 危険な動作をした	<input type="checkbox"/> 危険予知の不足	<input type="checkbox"/> 管理不足																																																												
<input type="checkbox"/> その他 ()																																																														

係内検討日	平成 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分
	<u>係内での検討結果・意見</u>
防止対策	<u>再発防止対策</u>
所属長コメント	

上記のとおり、報告いたします。

所 屬 名	
所屬長名	印