別記群地基様式第２号の５

認定調査票（熱中症、熱射病、脱水症等）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被災職員氏名 |  | | 所属部局 |  |
| 災害発生日時 | 年　　月　　日（　　）　午前・午後　　　時　　　分頃 | | | |
| 災害発生場所 |  | | | |
| １ 気象状況（災害発生地点における災害発生時の状況）※気象庁の気象データ等を参考 | | | | |
| (1) 天 候 | | (2) 外 気 温　 約　　　度 | | (3) 湿　　度　 約　　　度 |
| （室内の場合）　室内気温　 約　　　度 | | | | 湿　　度　 約　　　度 |
| ２　災害発生当日の状況 | | | | |
| (1) 業務(作業)内容・従事時間（準備段階から時系列で詳細に記載）  (2) 災害発生時の服装等  (3) 発症時の症状（発汗状況、手足の痺れ、意識状況等詳細に記載） | | | | |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３　被災職員に関する事項 | | |
| 1. 内科、循環器科、消化器科等の既往病歴（風邪等は除く）   有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無  (2) 被災時における担当業務及び当該業務の従事期間  (3) 今回被災時に行っていた業務の従事経験の有無、従事頻度等 | | |
| ４　発症前日から発症日までの状況 | | |
| (1) 健康状態：  (2) 睡眠時間：　　　　時　　　分 から 翌日　　　時　　　分 まで  (3) 食事の摂取状況 ① 前日の夕食： 食べた（　　　時頃）・ 食べない  　　　　　　　　　 ② 当日の朝食： 食べた（　　　時頃）・ 食べない  (4) 前日の飲酒の有無： 有（量・種類：　　　　　　　　　　　　　　） ・ 無  (5) 薬の服用状況： 　　有（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　） ・ 無 | | |
| (6) その他特記事項 |  |  |
| 地方公務員災害補償基金群馬県支部長　様  　上記のとおり相違ないことを報告します。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部局  被災職員　　　職名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名    所属長職・氏名 | | |
|

　※　ご報告いただいた内容に関して、別途ご提出いただく「個人情報の取得に関する同意書」に基

　　づき、共済組合や医療機関へ確認を行う場合があります。