

## 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 度 約 _____ 度	
(室内の場合) 室内気温 約 _____ 度 湿度 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

被災職員

所属部局 \_\_\_\_\_  
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。