

高雄榮民總醫院臺南分院 疑似職場不法侵害通報及處置表

通報內容	
發生日期	年 月 日 時 分；發生地點：_____
事件通報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 異常事件通報系統 <input type="checkbox"/> 單位主管 <input type="checkbox"/> 職安室 <input type="checkbox"/> 其他：_____通報日期： 年 月 日 時 分
不法侵害類型	<input type="checkbox"/> 職場暴力 <input type="checkbox"/> 職場霸凌 <input type="checkbox"/> 跟蹤騷擾 <input type="checkbox"/> 就業歧視 <input type="checkbox"/> 職場性騷擾 <input type="checkbox"/> 其他：
雙方關係	外部： <input type="checkbox"/> 病人 <input type="checkbox"/> 家屬、內部： <input type="checkbox"/> 主管 <input type="checkbox"/> 同事、 <input type="checkbox"/> 其他：_____
當事人基本資料	單位/姓名/職稱或特徵：
	<input type="checkbox"/> 外部人員，聯絡電話：
	<input type="checkbox"/> 內部人員，任職單位/分機：
	出生日期：民國 年 月 日 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證字號： 任該工作年資共 年 月
	保險別： <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 其他：
關係人基本資料	單位/姓名/職稱或特徵：
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	<input type="checkbox"/> 外部人員，聯絡電話： <input type="checkbox"/> 內部人員，任職單位/分機：
發生過程及處理情形	
造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：受傷人員 <input type="checkbox"/> 當事人 <input type="checkbox"/> 關係人 <input type="checkbox"/> 其他_____ (勾選『有』請填下述內容)	

醫療處置情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有就醫診治	受傷後 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 返回單位工作 返回日期： 年 月 日 時 分
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有住院	住院日期： 年 月 日 出院日期： 年 月 日
申請公傷假 ※需檢附診斷證明書※	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	自 年 月 日 時起 至 年 月 日 時迄 共 天 時
受傷部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 臉 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 膊 <input type="checkbox"/> 肋 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 指 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 鼠 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 腿 <input type="checkbox"/> 臂 <input type="checkbox"/> 蹊 <input type="checkbox"/> 內 <input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
失能傷害種類	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 暫時全失能 <input type="checkbox"/> 永久部份失能 <input type="checkbox"/> 永久全失能 <input type="checkbox"/> 死亡	
目擊者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，姓名：_____ 事發後雙方調解： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
當事人初步安置情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 醫療協助 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 同儕輔導 <input type="checkbox"/> 職務調整 <input type="checkbox"/> 休假 <input type="checkbox"/> 法律協助 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
關係人懲處情形	外部： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 雙方調解 <input type="checkbox"/> 送警法辦 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 內部： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 雙方調解 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 送警法辦 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
通報者簽章	通報者主管簽章	批示