表一 109年10月28日版次

**高雄榮民總醫院臺南分院員工意外事故調查報告表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 單位： | 姓名： | 職稱： | 電話/分機： |
| 出生日期：民國 年 月 日 | 身分證字號： | 性別：⬜男 ⬜女 | 保險別：⬜公保 ⬜勞保⬜其他： |
| 身分別：⬜本國-非原住民 ⬜本國-原住民 ⬜外籍-國籍  |
| 受傷地點 |  | 任該工作(經歷) | 共 年 月 |
| 受傷時間 |  年 月 日 時 分 |
| 醫療情形 | 受傷後是否返回單位工作：□是 □否  | 返回日期 | 年 月 日 時 分 |
| 是否住院：□是 □否 | 住院日期 | 年 月 日 | 出院日期 | 年 月 日 |
| 事故通報 | □有，通報對象：□所屬主管 □職安室 □異常事件通報系統 通報日期/時間： 年 月 日 時 分□無 |
| 申請公傷假※需檢附診斷證明書※ | □否 |
| □是 | 自 年 月 日 時 分起至 年 月 日 時 分迄 | 共 天 時 |
| 災害類型 | □墜落、滾落 | □跌倒 | □衝撞 | □被撞 | □踩踏 |
| □被夾、被捲 | □溺斃 | □火災 | □爆炸 | □感電 |
| □不當動作 | □與有害物接觸 | □物體破裂 | □物體飛落 | □物體倒塌、 崩塌 |
| □與高溫、低溫接觸 | □被切、割、擦傷 | □交通事故 | □公路交通事故 | □鐵路交通事故 |
| □船艙、航空等交通事故 | □其他交通事故  | □無法歸類者 | □其他：  |
| 受傷部位 | □頭 | □臉頰 | □頸 | □肩 | □鎖骨 |
| □上膞 | □肘 | □前膞 | □腕 | □胸 |
| □肋骨 | □背 | □手 | □指 | □腹 |
| □臂 | □鼠蹊 | □股 | □膝 | □腿 |
| □足 | □內臟 | □全身 | □其他：  |
| 失能傷害種類 | □暫時全失能 | □永久部份失能 | □永久全失能 | □死亡 |
| 媒介物分類 | □動力機械 | □裝卸搬運機械 | □其他設備 | □營建物及施工設備 |
| □物質材料 | □貨物 | □環境 | □其他類 |
| 事故等級 | 重大事故：□發生死亡災害。□發生災害之罹災人數在三人以上。□發生災害之罹災人數在一人以上，且需住院治療。□其他經中央主管機關指定公告之災害。□一般事故□虛驚事故（未造成人員傷亡財產損失製程中斷但引起人員驚嚇之事件）□影響身心健康事件 |
| 發生情形（簡述經過） |  |
| 處理情形 |  |
| 職災分析（預防方法及改善對策） |  |
| 填表人 | 姓名： | 日期： 年 月 日 時 分 |
| 單位主管（簽章） | 職安室（簽章） | 人事室（簽章） | 核示（簽章） |

填表須知:

請於**罹災後14日內**完成填報及檢附相關資料(如：診斷書、班表、上下班打卡紀錄等)，逕送職業 安全衛生室進行事故認定作業。如有任何疑問，請洽職安室分機3152/\*\*190。