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。