

## 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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	保險別： <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 其他：
身分別： <input type="checkbox"/> 本國-非原住民 <input type="checkbox"/> 本國-原住民 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		返回日期 年 月 日 時 分
	是否住院： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	住院日期 年 月 日	出院日期 年 月 日
事故通報	<input type="checkbox"/> 有，通報對象： <input type="checkbox"/> 所屬主管 <input type="checkbox"/> 職安室 <input type="checkbox"/> 異常事件通報系統 通報日期/時間：_____年_____月_____日_____時_____分 <input type="checkbox"/> 無		
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 分起 共 天 時 至 年 月 日 時 分迄		
災害類型	<input type="checkbox"/> 墜落、滾落 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 衝撞 <input type="checkbox"/> 被撞 <input type="checkbox"/> 踩踏 <input type="checkbox"/> 被夾、被捲 <input type="checkbox"/> 溺斃 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 爆炸 <input type="checkbox"/> 感電 <input type="checkbox"/> 不當動作 <input type="checkbox"/> 與有害物接觸 <input type="checkbox"/> 物體破裂 <input type="checkbox"/> 物體飛落 <input type="checkbox"/> 物體倒塌、崩塌 <input type="checkbox"/> 與高溫、低溫 <input type="checkbox"/> 被切、割、擦傷 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 公路交通事故 <input type="checkbox"/> 鐵路交通事故 <input type="checkbox"/> 船艙、航空等 <input type="checkbox"/> 其他交通事故 <input type="checkbox"/> 無法歸類者 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
受傷部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 臉頰 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 上膊 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前膊 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 肋骨 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 指 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 臂 <input type="checkbox"/> 鼠蹊 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 腿 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 內臟 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
失能傷害種類	<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		

媒介物分類	<input type="checkbox"/> 動力機械 <input type="checkbox"/> 裝卸搬運機械 <input type="checkbox"/> 其他設備 <input type="checkbox"/> 營建物及施工設備 <input type="checkbox"/> 物質材料 <input type="checkbox"/> 貨物 <input type="checkbox"/> 環境 <input type="checkbox"/> 其他類
事故等級	重大事故： <input type="checkbox"/> 發生死亡災害。 <input type="checkbox"/> 發生災害之罹災人數在三人以上。 <input type="checkbox"/> 發生災害之罹災人數在一人以上，且需住院治療。 <input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關指定公告之災害。 <input type="checkbox"/> 一般事故 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。