

## 高雄市立民生醫院員工意外事故報告表

受傷者資料	單位		職稱		員編		分機				
	姓名				身分證字號			連絡電話			
	出生日期		性別		職別	<input type="checkbox"/> 公職人員 <input type="checkbox"/> 契約人員					
	地址										
意外事故記錄	事故發生地點					目擊者單位					
	事故發生時間	民	國	年	月	日	時	分	目擊者姓名		
原因分析及對策	請勾選以下災害類型										
	<input type="checkbox"/> 墜落、滾落	<input type="checkbox"/> 被切、割、擦傷			<input type="checkbox"/> 火災、爆炸						
	<input type="checkbox"/> 跌倒	<input type="checkbox"/> 踩踏(踏穿)			<input type="checkbox"/> 不當行為						
醫療情形	<input type="checkbox"/> 衝撞	<input type="checkbox"/> 溺水			<input type="checkbox"/> 針扎						
	<input type="checkbox"/> 物體飛落	<input type="checkbox"/> 燙傷、凍傷、灼傷			<input type="checkbox"/> 交通事故						
	<input type="checkbox"/> 物體倒塌、崩落	<input type="checkbox"/> 化學物之接觸中毒			<input type="checkbox"/> 其他( )						
	<input type="checkbox"/> 被撞	<input type="checkbox"/> 感電									
	<input type="checkbox"/> 被夾、被捲	<input type="checkbox"/> 物體破裂									
	*發生受血液污染之針扎或割傷事故時，應加填醫療尖銳物品扎傷報告表。										
	事故發生經過(請詳填，可自行附頁說明)：										
	事故發生原因(請依病安通報方式詳填，可自行附頁說明)：										
	受傷者自我評估(事件發生當時如有下列情況請打✓)：										
	<input type="checkbox"/> 生理影響(如身體不適) <input type="checkbox"/> 未遵守規定 <input type="checkbox"/> 訓練不足 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 行為不慎										
	<input type="checkbox"/> 心理影響(如精神不濟或情緒不佳) <input type="checkbox"/> 其他說明_____										
	防止再發生對策(可參考平行展開採取預防措施或加強操作人員的訓練等)：										
醫療情形	就醫日期	民	國	年	月	日	時	分	受傷後是否立即返回單位工作： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	受傷部位					返回工作時間	107年02月22日12時				
	處理方式(請詳填，可自行附頁說明)：										
	是否住院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			預計出院日期	年 月 日 時					
	是否在家休養	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			醫師建議休養日數	日					
其他	改善建議或立即採取之改善措施：										
	通報記錄 <input type="checkbox"/> 無通報 <input type="checkbox"/> 有通報高市勞檢處，時間____年____月____日____時____分										

註：重大事故請於事故發生後8小時內通報職業安全衛生室。

填表人

單位主管

職業安全衛生室

主管核示