

國立臺北護理健康大學職業災害報告單

填報單位：

填報人員：

分機：

填表日期： 年 月 日

發 生 情 形	時間	年 月 日 上(下)午 時 分			地點	大樓 室(或校園內---)			
	受傷人員	姓名		性別		出生日期	年 月 日	職稱	
		身分證字號							
	受傷部位				傷假期間	年 月 日至 年 月 日			
簡述受傷經過：									
處 理 情 形	處理人員姓名				職稱		電話		
	簡述處理情形：								
事故原因	<input type="checkbox"/> 未知其危險性 <input type="checkbox"/> 未知安全工作方法 <input type="checkbox"/> 工作技能不夠 <input type="checkbox"/> 無工作前計劃 <input type="checkbox"/> 未使用個人防護具 <input type="checkbox"/> 使用不正確物質 <input type="checkbox"/> 疲勞、注意力不集中 <input type="checkbox"/> 不當操作 <input type="checkbox"/> 情緒 <input type="checkbox"/> 粗心大意 <input type="checkbox"/> 其他：								
檢討改進	<input type="checkbox"/> 再教導傷者 <input type="checkbox"/> 安裝防護設備 <input type="checkbox"/> 擬定工作前計劃 <input type="checkbox"/> 提醒並教導其他人員 <input type="checkbox"/> 加強平時檢查 <input type="checkbox"/> 修訂安全守則 <input type="checkbox"/> 傷者暫調其他工作 <input type="checkbox"/> 修理工具機械建物等 <input type="checkbox"/> 加強環境整潔 <input type="checkbox"/> 需要個人防護具 <input type="checkbox"/> 檢查其他類似情形 <input type="checkbox"/> 實工作前安全教導 <input type="checkbox"/> 清除危險情況 <input type="checkbox"/> 其他：								
單位主管	院 長	總務處(或人事室)			環安衛室		校 長		

備註：

1. 請於事故發生後 **3** 個工作天內填報。
2. 每月 10 日前環安衛室彙報(前一月發生之災害)。
3. 如有任何疑問請洽環安衛室 (分機 2051)。