

元培醫事科技大學職業災害事故通報表

填表日期

年

月

日

☐輕度傷害(失能傷害損失日數未滿 1 日)☐一般職業災害(失能傷害損失日數_____日) 註:不含受傷當日與恢復工作當日,但包含中間所有經過的日數(如星期日、休假日)☐重大職業災害:(☐死亡災害;☐災害之罹災人數在三人以上;☐罹災人數在一人以上且需住院治療者;☐其他經中央主管機關指定公告之災害)

事故者資料	身份別(1)	☐ 教職員 ☐ 工讀生 ☐ 承攬商 ☐ 其他(請說明): _____						
	身份別(2)	☐ 本國籍 ☐ 外國籍(請說明國籍): _____						
	單位			姓名				
	出生日期	年	月	日	身分證號			
	發生時間	年	月	日	時	分	發生地點	
	聯絡電話							
	是否住院	☐ 否 ☐ 是,住院狀態: ☐ 已出院 ☐ 住院中,醫院名稱: _____						
受傷部位	☐ 頸 ☐ 頭 ☐ 鎖骨 ☐ 腕 ☐ 手 ☐ 鼠蹊部 ☐ 足 ☐ 臉頰 ☐ 胸 ☐ 指 ☐ 股 ☐ 內臟 ☐ 肘 ☐ 肋骨 ☐ 腹 ☐ 上膊 ☐ 膝 ☐ 全身 ☐ 肩 ☐ 前膊 ☐ 背 ☐ 臂 ☐ 腿 ☐ 其他()							
災害類型	☐ 感電 ☐ 被撞 ☐ 與高溫、低溫接觸 ☐ 火災 ☐ 跌倒 ☐ 被夾、被捲 ☐ 與有害物等之接觸 ☐ 不當動作 ☐ 衝撞 ☐ 被切、割、擦傷 ☐ 墜落、滾落 ☐ 針扎 ☐ 踩踏 ☐ 物體飛落 ☐ 物體倒塌、崩塌 ☐ 無法歸類者 ☐ 爆炸 ☐ 溺斃 ☐ 其他()							
事件過程與處理過程	發生原因及過程	請詳述發生人、事、時、地、物。(亦可另以照片說明)						
	處理方式	請詳述。(亦可另以照片說明)						
檢討與改善	請說明改善措施							
填報人	事故單位主管	環境安全衛生組	校務暨永續發展中心	校長				
聯絡分機/手機:		收案日期-編號: (1140620-01)		(適用發生重大職災時)				
備註:								
1. 重大職業災害:事故發生應立即口頭通報環境安全衛生組,並於 2 小時內填寫本表交至環境安全衛生組;環境安全衛生組依法應於 8 小時內通報勞動檢查機關。 2. 一般職業災害:事故發生 3 日內填寫本表交至環境安全衛生組。								