

職業災害分析報告表

發生情形	時間	年 月 日 午 時 分	地點		
	受傷人員	姓名：	性別：	出生年月日：	
		職稱：	受傷部位：	受傷日期：	
	現場負責人	姓名：	職稱：	電話：	
形	簡述職業災害經過：				
處理情形	處理人員	姓名：	職稱：	電話：	
	簡述經過與結果：				
事故原因分析	<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"/> 無工作前計畫 <input type="checkbox"/> 未使用個人護具 <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：(請說明)				
	<input type="checkbox"/> 再教導傷者 <input type="checkbox"/> 安裝防護設備 <input type="checkbox"/> 擬定工作前計畫 <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"/> 需要工作前安全教導 <input type="checkbox"/> 清除危險情況 <input type="checkbox"/> 納入安全衛生訓練加強宣導 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)				
	填	姓名：	職稱：	電話：	日期：
	報				
	人				
場所負責人	系安衛委員	系所主任	環境安全科 技中心	校長	

職業災害記錄表

月份	工作場所	發生日期	傷 害 類 型 人 數				
			輕傷害	死 亡	永久部份失能	永久全失能	暫時全失能

實驗室負責人：

單位主任：

傷 害 類 型：

輕傷害：損失的工作時間在一天以內的傷害

暫時全失能：受傷未造成死亡或殘廢，但無法繼續正常執行工作必須休息而離開工作環境損失時間達一日以上不能恢復工作者。

永久部份失能：或稱部份殘廢，嚴重性足以造成肢體的任一部份發生殘缺或失去機能者，如腳趾或手指切除、一眼失明等。

永久全失能：或稱全殘廢，足以使罹災者造成永久性全部失能。

死亡：因工作傷害而導致喪失生命。

※發生下列四種情形必須在災害發生 24 小時以內通報中區勞檢所(電話:04-22550633)

1. 發生死亡災害者。
2. 發生災害罹災人數在三人以上者。
3. 發生一人以上罹災勞工需住院治療者。
4. 化學物質洩漏，發生一人以上住院。