

國立台灣大學災害事件報告單

實驗場所 非實驗場所

發生情形	時間	年 月 日 午 時 分	地點	系 所 室	
	受傷人員	姓名：	性別：	出生日期：	職稱：
		受傷部位：	公假日期：		至
簡述經過：					
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	<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：				
填報人	姓名：	職稱：	電話：	日期：	
場所負責人	系所環安衛委員	單位主管	院安衛小組	院長	

填表須知：

1. 本單一式四聯，請按聯分送系所單位、院方、環安衛中心及自存。
2. 事故發生後三個工作天內填報。
3. 填報人為場所負責人並必須具實填寫。
4. 如有任何疑問請洽醫學院環安衛中心（2312-3456 #62196）。