



## 職業災害報告單

申請單位填寫							
單位	DQA2\FCTD1	姓名	巫汎蟬	工號	26962	是否住院	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
身分別	<input checked="" type="checkbox"/> 本國-非原住民 <input type="checkbox"/> 本國-原住民 <input type="checkbox"/> 外籍(國籍)_____	出生年月	_72_年_09_月	發生時間	2025 年_10_月_20_日_18_時_00_分		
災害類別	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>01 墜落、滾落  <input type="checkbox"/>02 跌倒  <input type="checkbox"/>03 衝撞  <input type="checkbox"/>04 物體飛落           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>05 物體倒塌、崩塌  <input checked="" type="checkbox"/>06 被撞  <input type="checkbox"/>07 被夾、被捲  <input type="checkbox"/>08 被切、割、擦傷           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>09 踩踏  <input type="checkbox"/>10 溺斃  <input type="checkbox"/>11 與高低、溫接觸  <input type="checkbox"/>12 與有害物等接觸           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>13 感電  <input type="checkbox"/>14 爆炸  <input type="checkbox"/>15 物體破裂  <input type="checkbox"/>16 火災           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>17 不當動作  <input type="checkbox"/>18 交通事故(無違規情形)  <input type="checkbox"/>19 無法歸類  <input type="checkbox"/>20 其他_____           </div> </div>						
受傷部位	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>01 頭  <input type="checkbox"/>02 臉頰  <input type="checkbox"/>03 頸  <input type="checkbox"/>04 肩           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>05 鎖骨  <input type="checkbox"/>06 上膊  <input type="checkbox"/>07 肘  <input type="checkbox"/>08 前膊           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>09 腕  <input type="checkbox"/>10 胸  <input type="checkbox"/>11 肋骨  <input type="checkbox"/>12 背           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>13 手  <input checked="" type="checkbox"/>14 指  <input type="checkbox"/>15 腹  <input type="checkbox"/>16 臀           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>17 鼠蹊  <input type="checkbox"/>18 股  <input type="checkbox"/>19 膝  <input type="checkbox"/>20 腿           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>21 足  <input type="checkbox"/>22 內臟  <input type="checkbox"/>23 全身  <input type="checkbox"/>24 其他_____           </div> </div>						
媒介物	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>原動機(馬達)  <input type="checkbox"/>動力傳導裝置  <input type="checkbox"/>木材加工機械  <input type="checkbox"/>營造用機械  <input type="checkbox"/>一般動力機械           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>動力運輸機械  <input checked="" type="checkbox"/>交通工具  <input type="checkbox"/>壓力容器  <input type="checkbox"/>化學設備  <input type="checkbox"/>熔接設備           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>電氣設備  <input type="checkbox"/>人力機械工具  <input type="checkbox"/>用具(含吊具)  <input type="checkbox"/>其他設備  <input type="checkbox"/>營建物及施工設備           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>材料  <input type="checkbox"/>運搬物體  <input type="checkbox"/>環境  <input type="checkbox"/>不能分類  <input type="checkbox"/>無媒介物           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>起重機械  <input type="checkbox"/>爐窯  <input type="checkbox"/>危險物、有害物  <input type="checkbox"/>其他媒介物_____           </div> </div>						
職災發生經過	下班時間，從公司門口出來，打方向燈已轉彎，對方視線疑似被車輛擋住，閃避不及被對方撞上						
職災處理情形	已報案，警方開立報案三聯單，送往急診處理，備有急診診斷證明書  <div style="text-align: right;">           提報人： _____ 課/部主管： _____         </div>						
HS 填寫							
安全衛生檢討與預防	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>職業安全衛生管理員： _____</div> <div>職業安全衛生業務主管： _____</div> </div>						

※適用對象：因職業災害(包含上、下班途中發生之事故)，使工作者受到傷害，致無法正常上班，需請公傷假者。  
 ※流程：申請單位(1.報案三聯單 2.醫師診斷證明書 3.職業災害報告單)→單位主管→HS。