



## 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	<input type="checkbox"/> 01 墜落、滾落 <input type="checkbox"/> 05 物體倒塌、崩塌 <input type="checkbox"/> 09 踩踏 <input type="checkbox"/> 13 感電 <input type="checkbox"/> 17 不當動作 <input type="checkbox"/> 02 跌倒 <input checked="" type="checkbox"/> 06 被撞 <input type="checkbox"/> 10 溺斃 <input type="checkbox"/> 14 爆炸 <input type="checkbox"/> 18 交通事故(無違規情形) <input type="checkbox"/> 03 衝撞 <input type="checkbox"/> 07 被夾、被捲 <input type="checkbox"/> 11 與高低、溫接觸 <input type="checkbox"/> 15 物體破裂 <input type="checkbox"/> 19 無法歸類 <input type="checkbox"/> 04 物體飛落 <input type="checkbox"/> 08 被切、割、擦傷 <input type="checkbox"/> 12 與有害物等接觸 <input type="checkbox"/> 16 火災 <input type="checkbox"/> 20 其他 _____						
受傷部位	<input type="checkbox"/> 01 頭 <input type="checkbox"/> 05 鎖骨 <input type="checkbox"/> 09 腕 <input type="checkbox"/> 13 手 <input type="checkbox"/> 17 鼠蹊 <input type="checkbox"/> 21 足 <input type="checkbox"/> 02 臉頰 <input type="checkbox"/> 06 上膊 <input type="checkbox"/> 10 胸 <input checked="" type="checkbox"/> 14 指 <input type="checkbox"/> 18 股 <input type="checkbox"/> 22 內臟 <input type="checkbox"/> 03 頸 <input type="checkbox"/> 07 肘 <input type="checkbox"/> 11 肋骨 <input type="checkbox"/> 15 腹 <input type="checkbox"/> 19 膝 <input type="checkbox"/> 23 全身 <input type="checkbox"/> 04 肩 <input type="checkbox"/> 08 前膊 <input type="checkbox"/> 12 背 <input type="checkbox"/> 16 臀 <input type="checkbox"/> 20 腿 <input type="checkbox"/> 24 其他 _____						
媒介物	<input type="checkbox"/> 原動機(馬達) <input type="checkbox"/> 動力運輸機械 <input type="checkbox"/> 電氣設備 <input type="checkbox"/> 材料 <input type="checkbox"/> 起重機械 <input type="checkbox"/> 動力傳導裝置 <input checked="" type="checkbox"/> 交通工具 <input type="checkbox"/> 人力機械工具 <input type="checkbox"/> 運搬物體 <input type="checkbox"/> 爐窯 <input type="checkbox"/> 木材加工機械 <input type="checkbox"/> 壓力容器 <input type="checkbox"/> 用具(含吊具) <input type="checkbox"/> 環境 <input type="checkbox"/> 危險物、有害物 <input type="checkbox"/> 營造用機械 <input type="checkbox"/> 化學設備 <input type="checkbox"/> 其他設備 <input type="checkbox"/> 不能分類 <input type="checkbox"/> 其他媒介物 _____ <input type="checkbox"/> 一般動力機械 <input type="checkbox"/> 熔接設備 <input type="checkbox"/> 營建物及施工設備 <input type="checkbox"/> 無媒介物						
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						
提報人： _____ 課/部主管： _____							
HS 填寫							
安全衛生檢討與預防							
職業安全衛生管理員：				職業安全衛生業務主管：			

※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。