



事件調查表 (由事件單位/主管填)

年 月 日 填

1. (由職安室填寫) 編號: \_\_\_\_\_

公傷假日數: 自 年 月 日至 年 月 日 共 \_\_\_\_\_ 日

2. 所屬單位: \_\_\_\_\_

3. 姓名: \_\_\_\_\_ 員工編號: \_\_\_\_\_ 到職日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

職稱: \_\_\_\_\_ 身份證號碼: \_\_\_\_\_

4. 性別: 男 女 出生: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齡: \_\_\_\_\_ 歲

5. 事件時間: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 (星期 \_\_\_\_\_)

6. 事件地點: \_\_\_\_\_ 作業設備: \_\_\_\_\_

7. 災害類型: 交通事故 虛驚事件 (如為虛驚事件得免填寫 8、10、11項次)  
傷害事故(續勾選以下選項, 可複選)  
墜落滾落 跌倒 衝撞 物體飛落 物體倒崩塌 被撞 夾捲入 切割  
踏穿 與高低溫接觸 與有害物接觸 感電 爆炸 物體破裂 火災  
針扎 其他: \_\_\_\_\_

8. 傷害分類: (1) 輕傷害  
(2) 失能傷害: 暫時全失能 永久部份失能 永久全失能 死亡  
(3) 交通事件: 公務交通 上下班 (交通工具: 公司提供 自有)

9. 事件經過說明: (請詳述事件發生經過, 如人員當時正從事的工作及引起事件之物資及該物資當時之狀態等)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. 人員受傷部位情形: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. 治療情形: 恢復工作 休息 送醫院  
醫療院所名稱: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ 病房: \_\_\_\_\_ 病床: \_\_\_\_\_

12. 事件原因: 不安全行為 (續填 13 項) 不安全環境 (續填 14 項)  
不安全行為及環境 (續填 13、14 項) 其他: \_\_\_\_\_

※本表應於 5 個工作日內填寫完成, 呈送權責人員/主管簽核。  
※反白部分由職安室填寫。



13.人員是否有下列不安全行為造成事件（是：打✓）

- |                                   |                                     |                                   |                                 |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <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"/> 不當節約時間及走捷徑 | <input type="checkbox"/> 投機取巧     | <input type="checkbox"/> 企圖舒適   |
| <input type="checkbox"/> 情緒       | <input type="checkbox"/> 視力、聽力不佳    | <input type="checkbox"/> 生病       | <input type="checkbox"/> 身體有缺陷  |
| <input type="checkbox"/> 注意力不集中   | <input type="checkbox"/> 疲勞         | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |                                 |

14.是否有下列不安全環境或工作方法（是：打✓）

- |                                   |                                   |                                  |                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 正常工作下耗損  | <input type="checkbox"/> 操作者濫用或誤用 | <input type="checkbox"/> 須檢查惟未執行 | <input type="checkbox"/> 以往不須檢查 |
| <input type="checkbox"/> 不安全之基本設計 | <input type="checkbox"/> 不安全的結構   | <input type="checkbox"/> 需清理惟未執行 | <input type="checkbox"/> 以往不須清理 |
| <input type="checkbox"/> 空間擁擠     | <input type="checkbox"/> 曝露於高溫中   | <input type="checkbox"/> 曝露於噪音中  | <input type="checkbox"/> 曝露於粉塵中 |
| <input type="checkbox"/> 曝露於振動中   | <input type="checkbox"/> 曝露於有害物質中 | <input type="checkbox"/> 異常氣壓    | <input type="checkbox"/> 缺氧環境   |
| <input type="checkbox"/> 高空環境     | <input type="checkbox"/> 天氣不佳     | <input type="checkbox"/> 通風不良    | <input type="checkbox"/> 照明不足   |
| <input type="checkbox"/> 使用前未檢查   | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |                                  |                                 |

15.採取矯正預防措施：（擬計劃辦理填“P”；立即辦理打“✓”）

- |  |                                      |                                     |                                     |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a.再教導傷者         | <input type="checkbox"/> b.提醒並教導其他人員 | <input type="checkbox"/> c.辦理教育訓練   | <input type="checkbox"/> d.辦理懲處     |
| <input type="checkbox"/> e.傷者暫調其他工作      | <input type="checkbox"/> f.傷者調任其他工作  | <input type="checkbox"/> g.檢查其他相似情形 | <input type="checkbox"/> h.列為安全接談內容 |
| <input type="checkbox"/> i.張貼警告標示        | <input type="checkbox"/> j.加強檢查      | <input type="checkbox"/> k.加強院區清潔   | <input type="checkbox"/> l.增修作業標準書  |
| <input type="checkbox"/> m.修理機械、工具       | <input type="checkbox"/> n.改善設計或構造   | <input type="checkbox"/> o.安裝安全設備   | <input type="checkbox"/> p.需要個人防護具  |
| <input type="checkbox"/> r.與其他部門協調       | <input type="checkbox"/> s.實施工作前教導   | <input type="checkbox"/> t.維護警告標示   |                                     |
| <input type="checkbox"/> q.以其他工具、設備、材料替代 | <input type="checkbox"/> u.其他：_____  |                                     |                                     |

※填寫完項次 15，請用 A4 紙張檢附相關佐證、宣導資料。

16.改善追蹤：

項次	矯正預防措施(可複填以上代號)	負責單位	計畫完成日	備註
1				
2				
3				

17.風險評估日期：\_\_\_\_\_，是否可降至可接受風險：是 否

會簽意見欄

醫品病安組：

執行長	院長	行政副院長	職安室 業務主管	職安室	事件發生 單位主管

※本表應於 5 個工作日內填寫完成，呈送權責人員/主管簽核。本表須與【公傷報告申請單】（HSE-S-001.02G）搭配填寫。

※反白部分由職安室填寫。