



工傷意外報告表

致：人力資源辦公室
[另請傳真至負責「僱員工傷復康計劃」之怡和保險顧問有限公司(號碼2161 0111)]

單位名稱：

填報職員姓名：_____ 職位：_____ 聯絡電話：_____

填報職員簽署：_____ 日期：_____

重要提示：工傷意外報告須於意外發生後七工作天內連同有關相片一式兩份送達人力資源辦公室，以便在指定期限內向勞工處呈報。在可行範圍內，請即時用相機拍攝意外現場環境，和相關衣服、鞋及用具物件等的狀況。如有需要，使用量尺或其他物品展示距離和大小等，必要時可使用攝錄機。

受傷僱員資料

姓名：	中文通訊地址 (請勿填寫工作地址)：		
身分證／護照*號碼：			
員工編號：	職位：	聯絡電話：	

意外資料

意外發生日期及時間：	年	月	日	上/下午	時	分
意外於工作時間內發生：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (請註)					
當日原定工作時間：	至	意外後離開單位時間：				
意外發生地點及地址：						
請詳細敘述意外如何發生，並說明僱員當時正在進行的工作 (如有需要，請另加附頁)：						
意外見證人：	<input type="checkbox"/> 沒有	1. 姓名	身份/職位	聯絡電話		
<input type="checkbox"/> 有		2. 姓名	身份/職位	聯絡電話		
		3. 姓名	身份/職位	聯絡電話		

意外地點及其他相關資料

意外現場環境 (註) 和特徵 (例如：地面有否水漬、油漬、雜物、凹凸/高低不平或阻礙物等)：
註：須即時翻查CCTV閉路電視 / IP CAM網路攝影機的記錄 (如有) 以確定意外經過，並將事發當日整天的記錄備份保存至個案完結為止。
意外發生時，受傷僱員是否正在與別人交談 (包括講電話)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
受傷僱員事發時穿著的衣服和鞋 (例如：防滑鞋、運動鞋、高跟鞋、拖鞋等)：
事發時僱員所使用/處理之器材/用具或其他相關物品的狀況/重量/體積等：

損傷性質及部位

損傷性質					
<input type="checkbox"/> 擦傷	<input type="checkbox"/> 撞傷及瘀傷	<input type="checkbox"/> 電擊	<input type="checkbox"/> 中毒		
<input type="checkbox"/> 截斷	<input type="checkbox"/> 腦震盪	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 受刺激		
<input type="checkbox"/> 窒息	<input type="checkbox"/> 割傷	<input type="checkbox"/> 刺傷	<input type="checkbox"/> 惡心		
<input type="checkbox"/> 燙傷	<input type="checkbox"/> 脫臼	<input type="checkbox"/> 扭傷	<input type="checkbox"/> 多處受傷		
<input type="checkbox"/> 其他類型燒傷	<input type="checkbox"/> 壓傷	<input type="checkbox"/> 凍傷	<input type="checkbox"/> 其他 (請指明)		
損傷部位					
頭部	頸部及軀幹	上肢	下肢	<input type="checkbox"/> 多處部位 (請指明)	
<input type="checkbox"/> 頭顱/頭皮	<input type="checkbox"/> 項	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 臀		
<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 背	<input type="checkbox"/> 手/手掌	<input type="checkbox"/> 大腿		
<input type="checkbox"/> 耳	<input type="checkbox"/> 胸	<input type="checkbox"/> 前臂	<input type="checkbox"/> 膝		
<input type="checkbox"/> 口/牙齒	<input type="checkbox"/> 腹	<input type="checkbox"/> 手肘	<input type="checkbox"/> 小腿		
<input type="checkbox"/> 鼻	<input type="checkbox"/> 軀幹	<input type="checkbox"/> 上臂	<input type="checkbox"/> 足踝		
<input type="checkbox"/> 面	<input type="checkbox"/> 盤骨/腹股溝	<input type="checkbox"/> 肩膀	<input type="checkbox"/> 腳		

病假資料

受傷僱員已復工：是，復工日期_____年_____月_____日。 否

工傷病假期間 (請將病假/醫生證明書正本連同本表格一併呈交)

受傷僱員簽署確認以上資料： (姓名 _____) 日期： _____

單位/督導*主任簽署： (姓名 _____) 日期： _____

