

安全衛生インシデント 報告フォーム

手順 作業に関連するインシデントの直後にこのフォームを入力し、以下に提出します。

--

報告者

部門

--	--

電話番号

メール アドレス

--	--

インシデントの詳細

場所

インシデント発生日

時刻

--	--	--

インシデントの種類 1 つ選択

<input type="checkbox"/>	事故	<input type="checkbox"/>	インシデント	<input type="checkbox"/>	ニアミス
<input type="checkbox"/>	暴力	<input type="checkbox"/>	健康障害	<input type="checkbox"/>	安全性

インシデントの説明

インシデントの原因となる可能性のある詳細を報告します。必要に応じて情報を追加します。

--

結果の説明

すべての危害/健康への影響/損傷を詳細に説明します。

--

是正措置

インシデントに関連する当面の危険に対処するための是正措置を説明します。

--

影響を受ける個人

名前	従業員 ID	生年月日

ポジション 役職や肩書き (訪問者、請負業者など)

--

勤務先電話番号	仕事用のメール アドレス

個人の電話番号	個人のメール アドレス

自宅住所

--

雇用主名 (影響を受ける個人が従業員でない場合)	雇用主の電話番号

雇用主の住所

--

目撃者の詳細

名前	連絡先情報

応急処置

応急処置が実施されましたか？

<input type="checkbox"/>	はい	処置者	
<input type="checkbox"/>	いいえ	連絡先情報	
<input type="checkbox"/>	N/A	処置の時刻	

応急処置の詳細

--

インシデントの発生後

影響を受けた個人は次にどこへ行きましたか？ 1つ選択

<input type="checkbox"/>	病院	<input type="checkbox"/>	自宅	<input type="checkbox"/>	仕事に戻った	<input type="checkbox"/>	その他
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	--------	--------------------------	-----

説明/その他の場合の詳細

--

安全衛生合同委員会のメンバーはインシデントについて通知されましたか？

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	連絡した個人	
<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	連絡先情報	

その他の備考

--

- 免責条項 -

Smartsheet がこの Web サイトに掲載している記事、テンプレート、または情報などは、あくまで参考としてご利用ください。Smartsheet は、情報の最新性および正確性の確保に努めますが、本 Web サイトまたは本 Web サイトに含まれる情報、記事、テンプレート、あるいは関連グラフィックに関する完全性、正確性、信頼性、適合性、または利用可能性について、明示または黙示のいかなる表明または保証も行いません。かかる情報に依拠して生じたいかなる結果についても Smartsheet は一切責任を負いませんので、各自の責任と判断のもとにご利用ください。