**作業に関連する事故/怪我**

**報告フォーム**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指示 |  | クレーム番号 |
| このフォームは、従業員の事故または負傷の後、できるだけ早く記入する必要があります。従業員ができない場合、監督者はこのフォームに記入し、人事オフィスに提出するものとします。 |  |  |

個人情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従業員氏名 | 社会保障番号 | 従業員 ID | 今日の日付 |
|  |  |  |  |
| 役職 | 雇用開始日 | 支払単価 |
|  |  |  |
| 自宅住所 | 自宅電話 | 勤務先電話番号 |
|  |  |  |
| 監督者氏名 | 監督者のメール アドレス | 電話番号 |
|  |  |  |
| 従業員のステータス | 時間/日 | 日/週 |
|  | フルタイム |  | パートタイム |  |  |

怪我/事故情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 怪我の場所 | 怪我の日付 | 怪我の時刻 |
|  |  |  |
| 怪我によって仕事の時間が失われましたか？日付、時間を入力する | 従業員は仕事に戻りましたか？ |
|  |  |
| 目撃者 事故/負傷の目撃者の名前を提供 |
|  |
| 怪我の説明 体のどの部位が影響を受けましたか？怪我の種類は何ですか？ |
|  |
| インシデントの説明 従業員はインシデント発生時に何をしていましたか？怪我はどのように発生しましたか？ |
|  |

怪我/事故の治療

|  |
| --- |
| 応急処置 怪我/事故の現場で行われた応急処置について説明します。 |
|  |
| 負傷した当事者は救急室で治療を受けましたか？ | 負傷した当事者は救急車で運ばれましたか？ |
|  | はい |  | いいえ |  | はい |  | いいえ |
| 治療する医師の名前 | 医療提供者の名前を挙げる |
|  |  |
| 住所 | 電話番号 |
|  |  |
| 受けた治療 |
|  |

署名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 名前 | 署名 | 日付 |
| 従業員 |  |  |  |
| - または - 監督者 |  |  |  |

|  |
| --- |
| **– 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。 |