

作業に関連する事故/怪我 報告フォーム

指示

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。

クレーム番号

個人情報

従業員氏名	社会保障番号	従業員 ID	今日の日付
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

役職	雇用開始日	支払単価
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

自宅住所	自宅電話	勤務先電話番号
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

監督者氏名	監督者のメール アドレス	電話番号
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

従業員のステータス	時間/日	日/週
<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム	<input type="text"/>	<input type="text"/>

怪我/事故情報

怪我の場所	怪我の日付	怪我の時刻
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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？
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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？

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	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

	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。