



แบบฟอร์มรายงานอุบัติเหตุ

ชื่อ-สกุล.....ชั้นปี.....สาขา.....

วันที่เกิดเหตุการณ์.....เวลาที่เกิดเหตุการณ์โดยประมาณ.....

สถานที่เกิดเหตุการณ์.....

ตำแหน่งที่เกิดเหตุการณ์ในสถานที่นั้น (ระบุตำแหน่ง เช่น ใกล้ประตูทางออก บริเวณหน้าต่าง เป็นต้น)

การบาดเจ็บหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ลื่นหกล้มกับพื้น เป็นต้น)

เหตุการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ? ท่านกำลังทำอะไรอยู่เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น (แนบรายละเอียดเพิ่มเติมได้)

ท่านใช้เครื่องมือป้องกัน (Protective equipment) อะไรบ้างขณะเกิดเหตุการณ์

ท่านได้รับการรักษาพยาบาล หรือตรวจสุขภาพอะไรบ้าง ภายหลังเกิดเหตุการณ์นั้น

มีใครบ้างที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้ามี กรุณาระบุรายละเอียด

ผลที่ตามมาของเหตุการณ์ :

การบาดเจ็บ	บุคคลที่ได้รับผลกระทบ	ความเสียหายของทรัพย์สิน
<input type="checkbox"/> การป่วย/เสียชีวิต	<input type="checkbox"/> ผู้มาติดต่อจากภายนอก	<input type="checkbox"/> อาคาร.....บาท
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้	<input type="checkbox"/> ลูกจ้าง / ผู้ปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> เครื่องมือ.....บาท
<input type="checkbox"/> รับการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> หัวหน้างาน	<input type="checkbox"/> อุปกรณ์.....บาท
<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับบาดเจ็บ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

วัน/เดือน/ปี.....