



Accident Report

รายงานการเกิดอุบัติเหตุ/เหตุการณ์ผิดปกติจากการทำงาน

วันที่รายงาน : _____		สาขาที่รายงาน <input type="radio"/> GNB <input type="radio"/> GNF <input type="radio"/> GNT		เลขที่ : _____	
ผู้พบเห็นเหตุการณ์	ชื่อผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย : _____		รหัสพนักงาน : _____		
	ตำแหน่ง : _____		แผนก : _____		ฝ่าย : _____
	วัน/เดือน/ปี ที่เกิดเหตุ : _____		เวลาเกิดเหตุ : _____		เวลารับแจ้ง : _____
	สถานที่เกิดเหตุ : _____				
	ชื่อผู้ควบคุมงาน : _____				
	ลักษณะเหตุการณ์ : <input type="radio"/> บาดเจ็บ <input type="radio"/> เจ็บป่วย <input type="radio"/> ทรัพย์สินเสียหาย <input type="radio"/> อื่นๆ : _____				
	ชื่อผู้ให้ข้อมูลเหตุการณ์ : _____				
	แผนก : _____				
	ฝ่าย : _____				
	ลักษณะของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยย่อ : _____				
_____					
_____					
ลักษณะของการบาดเจ็บ/ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ : _____					
_____					
_____					
การแก้ปัญหาเบื้องต้น : <input type="radio"/> ประชุมพยาบาลเบื้องต้น <input type="radio"/> ส่งโรงพยาบาล <input type="radio"/> เรียกรถพยาบาล <input type="radio"/> อื่นๆ _____					
รายงานโดย : _____		หัวหน้าแผนก : _____		ผู้จัดการฝ่าย : _____	
สรุปผลหลังจากเหตุการณ์	<b>สรุปผลหลังจาก การบาดเจ็บ/เจ็บป่วย/ทรัพย์สินเสียหาย</b>				
	ข้อมูลการรักษา (หลังจากการปฐมพยาบาล/รับการรักษาจากแพทย์แล้ว)				
	<input type="radio"/> กลับทำงานตามปกติ <input type="radio"/> พักที่โรงพยาบาล <input type="radio"/> ส่งกลับบ้าน <input type="radio"/> อื่นๆ : _____				
	ความรุนแรงของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย				
	<input type="radio"/> ทุพลภาพ <input type="radio"/> หายุดจาง <input type="radio"/> เสียชีวิต <input type="radio"/> สูญเสียอวัยวะ : _____				
	กรณีหยุดงาน ที่มาจากคำสั่งแพทย์ว่าต้องรักษาตัว โดยกำหนดตั้งแต่วันที่ : _____ ถึงวันที่ : _____				
	เอกสารคำสั่งแพทย์เลขที่ : _____		ชื่อ โรงพยาบาล : _____		
	ชื่อแพทย์ที่ออกคำสั่ง : _____				
	ค่าใช้จ่ายการปฐมพยาบาลเบื้องต้น : _____		ค่าใช้จ่ายของทรัพย์สินที่เสียหาย : _____		
	วันที่รายงาน : _____				
รายงานโดย : _____		หัวหน้าแผนก : _____		ผู้จัดการฝ่าย : _____	
สรุปการแก้ไข/ป้องกัน	การแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำอีก : _____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	วันที่รายงาน : _____				
	รายงานโดย : _____		หัวหน้าแผนก : _____		ผู้จัดการฝ่าย : _____