

เลขที่...../.....

บริษัท

รายงานการสอบสวนอุบัติการณ์

Incident Investigation Report

กรอกแบบฟอร์มนี้ภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากเกิดเหตุ

1. ประเภทอุบัติการณ์	
<input type="checkbox"/> เหตุการณ์เกือบเกิดเหตุ (Near Miss)	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ (Accident)

2. หน่วยงานที่เกิดเหตุ		
บริษัท : <input type="checkbox"/> บ.	ฝ่าย / แผนก.....	สถานที่เกิดเหตุ :.....
<input type="checkbox"/> รับเหมา.....	<input type="checkbox"/> เวลาปกติ	<input type="checkbox"/> กะ

3. ข้อมูลของผู้ที่เกิดเหตุ		
ประเภทของพนักงาน	<input type="checkbox"/> รายเดือน	<input type="checkbox"/> รายวัน
ชื่อ - สกุล.....	อายุ.....ปี	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
แผนก / ฝ่าย.....	ตำแหน่ง.....	
อายุงาน.....ปี.....	เดือน	เลขประจำตัว.....

4. ข้อมูลการเกิดเหตุ		
วันที่เกิดเหตุ.....	เวลาที่เกิดเหตุ.....	สถานที่เกิดเหตุ.....
ภารกิจในขณะเกิดเหตุ.....เครื่องจักร/เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง.....		
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....รายละเอียดการรักษา.....		
จำนวนวันที่หยุดงานจริง.....วัน พยานผู้พบเห็นเหตุการณ์.....		

ประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์		
ความเสียหายต่อร่างกาย	ความเสียหายต่อทรัพย์สิน	กรณีเหตุการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุ (Near Miss)
<input type="checkbox"/> ไม่หยุดงาน	<input type="checkbox"/> ทรัพย์สินเสียหายมูลค่าไม่เกิน 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> เหตุการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุกับพนักงาน
<input type="checkbox"/> หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	<input type="checkbox"/> ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า 10,001 – 50,000 บาท	<input type="checkbox"/> เหตุการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุกับทรัพย์สิน
<input type="checkbox"/> หยุดงานเกิน 3 วัน	<input type="checkbox"/> ทรัพย์สินเสียหายมูลค่ามากกว่า 50,000 บาท	
<input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ		
<input type="checkbox"/> เสียชีวิต		

5. รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

5.1 แหล่งอันตราย / สิ่งที่ทำให้เกิดเหตุ (Hazard)

- เครื่องจักรหรืออุปกรณ์ ระบุ.....
- วัสดุ/สารเคมี ระบุ.....
- พลังงาน เช่น ลม, ไฟฟ้า ฯลฯ.....
- อื่น ๆ ระบุ.....

