|  |
| --- |
|   หน้าที่ 1/3 |
| **รายงานสอบสวนอุบัติเหตุ (Full Report)** |
|  **โครงการ :**  |
|  เลขที่ : FUR. |
| 1. **ประเภทของอุบัติเหตุ**
 |
|  | มีผู้ได้รับบาดเจ็บ  |  | ทรัพย์สินเสียหาย  |  | สาธารณูปโภคเสียหาย |
|  | ลักทรัพย์  |  | อุบัติการณ์ร้ายแรง  |  | บุคคลภายนอก |
|  | ไฟไหม้  |  | ยานพาหะนะเสียหาย  |  | อื่นๆ (ระบุ) : .......................... |
| วันที่เกิดอุบัติเหตุ : |  | เวลาที่เกิดเหตุ :  |  |
| บริเวณที่เกิดเหตุ : |  | บริษัท : |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. **ข้อมูลผู้ได้รับบาดเจ็บ**
 |
|  | พนักงาน  |  | หัวหน้างาน  |  | คนงานและแรงงาน  |
|  | อื่น (ระบุ) : |  |
| ชื่อ – นามสกุล : |  |
| ตำแหน่ง / หน้าที่ : |  | บริษัท : |  |
| ที่อยู่ : |  |  |  |  |
| ได้เรียกใช้บริการรถฉุกเฉินหรือไม่ : |  ได้เรียก ไม่ได้เรียก  |
| ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ : |  |
| รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่ (เกิน 24 ชม. ถือว่าใช่) : |  ใช่ ไม่ใช่ |
| รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานกี่วัน : |  |  |
|  |  |
| 1. **รายละเอียดของอุบัติเหตุ และการประเมินความเสียหายเบื้องต้น**
 |
| รายละเอียดอุบัติเหตุ :  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| การประเมินความเสียหายเบื้องต้น :  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|   หน้าที่ 2/3 |
| **รายงานสอบสวนอุบัติเหตุ (Full Report)** |
|  **โครงการ :**  เลขที่ : FUR. |
| 1. **สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ (การกระทำหรือสภาพการณ์ที่ต่ำกว่ามาตรฐานเรื่องใดที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ)**
 |
| **ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ** | **สิ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ** |
|  | กระทบกับเครื่องจักรกลหรือวัสดุเคลื่อนที่ |  | เครื่องจักร / อุปกรณ์ยกหรือลำเลียงสิ่งของ |
|  | ถูกกระแทกโดยสิ่งของเคลื่อนที่ (รวมทั้งตกหล่นหรือกระเด็นใส่) |  | วัตถุ สาร หรือผลิตภัณฑ์ที่ถูกเคลื่อนย้าย ใช้งานหรือเก็บเข้าที่ |
|  | ถูกรถชน |  | ยานพาหนะหรือเครื่องจักร/ อุปกรณ์ควบยานพาหนะ |
|  | กระแทกกับสิ่งที่อยู่กับที่ |  | เครื่องจักร / อุปกรณ์อื่นๆ |
|  | บาดเจ็บขณะเคลื่อนย้ายหรือยกสิ่งของ |  | เครื่องจักรกระบวนการผลิต ท่อทางหรือถังเก็บวัสดุ |
|  | ลื่นไถล สะดุด ล้ม บนพื้นที่ระดับเดียวกัน |  | ภาชนะบรรจุที่เคลื่อนย้ายได้ |
|  | ตกจากที่สูง (สูง ........................ เมตร) |  | เครื่องมือหรือเครื่องมือไฟฟ้า |
|  | ติดอยู่กับที่เนื่องจากสิ่งของพังทลาย / หล่นทับ |  | บรรยากาศมีแก๊ส ไอ ควัน ฝุ่น หรือขาดออกซิเจน |
|  | ขาดอากาศ |  | วัตถุที่ทำให้เกิดโรค |
|  | สัมผัส หรือกระทบกับสารอันตราย |  | สัตว์  |
|  | สัมผัส หรือกระทบกับไฟ |  | พื้น พื้นดิน บันได หรือพื้นที่ทำงานใดๆ |
|  | สัมผัส หรือกระทบกับการระเบิด |  | อาคาร โครงสร้าง หรืองานขุดเจาะดิน |
|  | สัมผัส หรือกระทบกับไฟฟ้า |  | บันไดไต่ หรือนั่งร้าน |
|  | สัมผัส หรือกระทบกับความดัน |  | สิ่งค้ำยัน บานเปิด-ปิด หรืองานหล่อแบบก่อสร้าง |
|  | ถูกสัตว์ทำร้าย |  | สายไฟฟ้า หรืออุปกรณ์ไฟฟ้า |
|  | อื่นๆ (ระบุ) :..................................... |  | อื่นๆ (ระบุ) : ..................................... |
| **การกระทำที่ต่ำกว่ามาตรฐาน** | **สภาพการณ์ที่ต่ำกว่ามาตรฐาน** |
|  | ปฏิบัติงานโดยไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง |  | ผู้ควบคุมงานควบคุมดูแลไม่เพียงพอ |
|  | ไม่มีการเตือนระวังการทำงาน |  | การกั้นสถานที่ทำงานหรือเครื่องกำบังไม่เพียงพอ |
|  | ไม่มีการผูกยึด |  | อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคลไม่เพียงพอ  |
|  | ใช้งานเครื่องจักรด้วยความเร็วไม่ถูกต้อง |  | หรือไม่เหมาะสม |
|  | ให้อุปกรณ์ป้องกันภัยใช้การไม่ได้ |  | เครื่องมืออุปกรณ์ หรือวัสดุชำรุด |
|  | ถอดอุปกรณ์ป้องกันภัยออก |  | สถานที่ทำงานแออัดหรือคับแคบ |
|  | ใช้อุปกรณ์ที่ชำรุด |  | ระบบการเตือนภัยไม่เพียงพอ |
|  | ใช้อุปกรณ์ไม่เหมาะสม |  | สภาพการทำงานเสี่ยงเกิดไฟไหม้ หรือการระเบิด |
|  | ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล |  | การจัดระเบียบและทำความสะอาดสถานที่ไม่ดีพอ |
|  | บรรทุกสิ่งของไม่ถูกวิธี |  | อยู่ในสภาพแวดล้อมเสี่ยงอันตราย มีแก๊ส ฝุ่น ควัน ไอ |
|  | วางสิ่งของไม่ถูกวิธี |  | อยู่ในบริเวณที่มีเสียงดังมาก |
|  | ยกสิ่งของไม่ถูกวิธี |  | อยู่ในบริเวณที่มีกัมมันตภาพรังสี |
|  | อยู่ในตำแหน่งที่ทำงานไม่เหมาะสม |  | อยู่ในบริเวณที่มีอุณหภูมิสูง หรือต่ำมากเกินไป |
|  | ซ่อมบำรุงเครื่องจักร / อุปกรณ์ ขณะใช้งานอยู่ |  | สถานที่ทำงานมีแสงสว่างไม่เพียงพอ หรือแสงจ้ามากเกินไป |
|  | หยอกล้อเล่นกันขณะปฏิบัติงาน |  | การถ่ายเทอากาศไม่เพียงพอ |
|  | ดื่ม / เสพของมึนเมาขณะปฏิบัติงาน |  | อื่นๆ (ระบุ) : ..................................... |
|  | อื่นๆ (ระบุ) : ..................................... |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   หน้าที่ 3/3 |
| **รายงานสอบสวนอุบัติเหตุ (Full Report)** |
|  **โครงการ :**  เลขที่ : FUR. |
| 1. **สาเหตุพื้นฐาน (ทำไมจึงกระทำต่ำกว่ามาตรฐาน / ทำไมจึงเกิดสภาพการณ์ที่ต่ำกว่ามาตรฐาน)**
 |
| รายละเอียด : |  |
|  |  |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 1. **วิธีการแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุซ้ำ**
 |
| รายละเอียด :  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 1. **รายการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติแล้วหรือที่ต้องปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ**
 |
| **รายการแก้ไข** | **ผู้รับผิดชอบ** | **กำหนดวันแล้วเสร็จ** | **วันที่แล้วเสร็จ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ผู้รายงาน** | **ผู้รับเรื่อง** |
|  |  |
| ลงชื่อ : |  | ลงชื่อ : |  |
|  ( ) |  ( ) |
|  บริษัท โปรเจ็ค แอลไลแอ็นซ์ จำกัด |  บริษัท โปรเจ็ค แอลไลแอ็นซ์ จำกัด |
|  ตำแหน่ง |  ผู้จัดการ – โครงการ |
|  วันที่ ........../........./......... |  วันที่ ........../........./......... |