馬偕醫學院 急救箱 定期檢查紀錄表(每6個月)

年度：　　 作業場所位置(實驗室編號)：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項次 | 檢查項目 | 月份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| **檢查日期** |  | | | | | |  | | | | | |
| 1 | 生理食鹽水 | |  | | | | | |  | | | | | |
| 2 | 滅菌棉棒 | |  | | | | | |  | | | | | |
| 3 | 滅菌紗布塊 | |  | | | | | |  | | | | | |
| 4 | 繃帶 | |  | | | | | |  | | | | | |
| 5 |  | |  | | | | | |  | | | | | |
| 6 |  | |  | | | | | |  | | | | | |
| 7 |  | |  | | | | | |  | | | | | |
| 8 |  | |  | | | | | |  | | | | | |
| 9 |  | |  | | | | | |  | | | | | |
| **檢查人員簽章** | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 至少每6個月定期檢查急救箱  急救箱得視現場情狀自行增列檢查項目 | | |  | | | | | | | | | | | | |

**場所負責人簽章(單位主管)**：

註：1.依「勞工健康保護規則」辦理。

2自動檢查應依「職業安全衛生設施規則」辦理，執行紀錄應保存三年備查。.

3.檢查判定記號：正常「○」，異常「╳」，不適用「－」。

4.檢查人應確實記錄狀況，**急救箱內容物過期或遺失請補充**，無異常時，於年底送負責老師簽章即可。

5.本表為建議檢查項目，**使用單位得依實際情況進行增/修訂**。