

附表一、作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

<b>一、作業場所基本資料</b>		
部門名稱：_____		
作業型態： <input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
<b>二、作業場所危害類型</b>		
危害特性評估概況：		
<input type="checkbox"/> 物理性危害：_____		
<input type="checkbox"/> 化學性危害：_____		
<input type="checkbox"/> 生物性危害：_____		
<input type="checkbox"/> 人因性危害：_____		
<input type="checkbox"/> 工作壓力/職場暴力：_____		
<input type="checkbox"/> 其他：_____		
<b>三、風險等級</b>		
<input type="checkbox"/> 第一級管理 <input type="checkbox"/> 第二級管理 <input type="checkbox"/> 第三級管理		
<b>四、改善及管理措施</b>		
<b>1.工程控制</b>		
<input type="checkbox"/> 製程改善，請敘明：_____		
<input type="checkbox"/> 設置通風換氣設備，請敘明：_____		
<input type="checkbox"/> 其他，請敘明：_____		
<b>2.行政管理</b>		
<input type="checkbox"/> 工時調整，請敘明：_____		
<input type="checkbox"/> 職務或工作調整，請敘明：_____		
<input type="checkbox"/> 其他，請敘明：_____		
<b>3.使用防護具，請敘明：_____</b>		
<b>4.其他採行措施，請敘明：_____</b>		
<b>五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽名）</b>		
<input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽名_____		
<input type="checkbox"/> 勞工健康服務醫師，簽名_____		
<input type="checkbox"/> 勞工健康服務護理人員，簽名_____		
<input type="checkbox"/> 人力資源管理人員，簽名_____		
<input type="checkbox"/> 其他，部門名稱_____，職稱_____，簽名_____		
執行日期：___年___月___日		

附表二、妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表

一、基本資料	
姓名：	年齡：
單位/部門名稱：	職務：
目前班別：	
<input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週；預產期____年____月____日 <input type="checkbox"/> 本次妊娠有無多胎情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（多胞胎） <input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期____年____月____日） <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳	
二、過去疾病史	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他：	
三、家族病史	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他：	
四、婦產科相關病史	
1. 免疫狀況（曾接受疫苗注射或具有抗體）： <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> MMR (麻疹-腮腺炎-德國麻疹) 2. 生產史：懷孕次數__次，生產次數__次，流產次數__次 3. 生產方式：自然產__次，剖腹產__次， 併發症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： 4. 過去懷孕病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 先天性子宮異常 <input type="checkbox"/> 子宮肌瘤 <input type="checkbox"/> 子宮頸手術病史 <input type="checkbox"/> 曾有第2孕期(14週)以上之流產 <input type="checkbox"/> 早產(懷孕未滿37週之生產)史 5. 其他：	
五、妊娠及分娩後風險因子評估	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 沒有規律產檢 <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 藥物，請敘明： <input type="checkbox"/> 年齡(未滿18歲或大於40歲) <input type="checkbox"/> 生活環境因素(例如熱、空氣汙染) <input type="checkbox"/> 孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 睡眠： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他：	

<b>六、自覺徵狀</b>
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 其他症狀：
備註： 1. 本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。 2. 請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予勞工健康服務醫師或護理人員。

附表三、妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性安排建議表

一、基本資料	
姓名：	年齡：
<input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週；預產期____年____月____日 <input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期____年____月____日） <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳 <input type="checkbox"/> 身高：____公分； 體重：____公斤； BMI：____； 血壓：_____mmHg <input type="checkbox"/> 工作職稱/內容：	
二、健康問題及工作適性安排建議	
1. 健康問題 <input type="checkbox"/> 無，大致正常 <input type="checkbox"/> 有，請敘明診斷或不適症狀 2. 管理分級 <input type="checkbox"/> 第一級管理（所從事工作或健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康） <input type="checkbox"/> 第二級管理（所從事工作或健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康） <input type="checkbox"/> 第三級管理（所從事工作或健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康） 3. 工作適性安排建議 <input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作 <input type="checkbox"/> 可繼續從事工作，但須考量下列條件限制： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) 變更工作場所：</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 變更職務：</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 縮減職務量：             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 縮減工作時間：</li> <li><input type="checkbox"/> 縮減業務量：</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> (4) 限制加班（不得超過____小時/天）</li> </ul>	

<p><input type="checkbox"/> (5) 周末或假日之工作限制 (每月_____次)</p> <p><input type="checkbox"/> (6) 出差之限制 (每月____次)</p> <p><input type="checkbox"/> (7) 夜班工作之限制 (輪班工作者) (每月_____次)</p> <p><input type="checkbox"/> 不可繼續工作，宜休養(休養期間：敘明時間 )</p> <p><input type="checkbox"/> 不可繼續工作，需住院觀察</p> <p><input type="checkbox"/> 其他具體之工作調整或生活建議 (包括工作調整或異動、追蹤或職場對應方法、飲食等詳細之建議 內容：_____)</p>
醫師 (含醫師字號)： _____ 執行日期： ____年__月__日

本則命令之總說明及對照表請參閱行政院公報資訊網 (<http://gazette.nat.gov.tw/>)。