附表一

**國立東港高級海事水產職業學校**

母性健康保護之工作場所環境及作業危害評估表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、基本資料** | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 年 齡 |  | | | | |
| 單 位 |  | | 聯絡電話 | (分機) (手機) | | | | |
| 職 稱 |  | | 電子信箱 |  | | | | |
| 現 況 | 1.□懷孕，預產期 年 月 日，目前週數： 週  2.□產後，生產日 年 月 日，目前產後： 週；  哺乳：□有 □無  3.□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **二、工作場所環境及作業危害評估** | | | | | | | | |
| 危害類型  (下述存在常態工作活動中者，請勾選「有」，反之勾選「無」) | | | | | | 評估結果 | | |
| 第一級 | 第二級 | 第三級 |
| 無 | 可能有影響 | 有 |
| **(一)物理性危害** | | | | | | | | |
| 1.工作性質須經常上下階梯或梯架 | | | | | |  |  |  |
| 2.工作性質須搬抬物件上下階梯或梯架 | | | | | |  |  |  |
| 3.工作場所可能有遭遇物品掉落或移動性物品造成衝擊衝撞 | | | | | |  |  |  |
| 4.暴露於有害輻射散布場所之工作 | | | | | |  |  |  |
| 5.暴露於噪音作業環境(TWA≧85dB) | | | | | |  |  |  |
| 6.暴露於會引發不適之環境溫度 (熱或冷) | | | | | |  |  |  |
| 7.暴露於高溫作業之環境 | | | | | |  |  |  |
| 8.暴露於極大溫差地區之作業環境 | | | | | |  |  |  |
| 9.暴露於全身振動或局部振動之作業 | | | | | |  |  |  |
| 10.暴露於異常氣壓之工作 | | | | | |  |  |  |
| 11.作業場所為地下坑道或空間狹小 | | | | | |  |  |  |
| 12.工作場所之地板、通道、樓梯或台階有安全防護措施 | | | | | |  |  |  |
| 13.其他： | | | | | |  |  |  |
| **(二)化學性危害** | | | | | | | | |
| 1.暴露具有生殖毒性物質之作業環境：  （參見附錄一，請敘明物質） | | | | | |  |  |  |
| 2.暴露具有生殖細胞致突變性物質之作業環境：  （參見附錄一，請敘明物質） | | | | | |  |  |  |
| 3.暴露於鉛及其化合物散布場所之作業環境 | | | | | |  |  |  |
| 4.暴露於製造或處置抗細胞分裂及具細胞毒性藥物之作業環境 | | | | | |  |  |  |
| 5.暴露於對哺乳功能有不良影響致危害嬰兒健康之作業環境： （請敘明物質） | | | | | |  |  |  |
| 6.其他： （請敘明） | | | | | |  |  |  |
| **(三)生物性危害** | | | | | | | | |
| 1.暴露於感染弓形蟲之作業環境 | | | | | |  |  |  |
| 2.暴露於感染德國麻疹之作業環境 | | | | | |  |  |  |
| 3.暴露於具有致病或致死之微生物：如B型肝炎或水痘、C型肝炎或人類免疫缺乏病毒或肺結核等， （請敘明） | | | | | |  |  |  |
| 4.其他： （請敘明） | | | | | |  |  |  |
| **(四)人因性危害** | | | | | | | | |
| 1.工作性質為處理一定重量以上之重物處理作業 | | | | | |  |  |  |
| 2.工作須經常提舉或移動（推拉）大型重物或物件 | | | | | |  |  |  |
| 3.搬抬物件之作業姿勢具困難度或經常反覆不正常或不自然的姿勢 | | | | | |  |  |  |
| 4.工作姿勢經常為重覆性之動作 | | | | | |  |  |  |
| 5.工作姿勢會受空間不足而影響（活動或伸展空間狹小） | | | | | |  |  |  |
| 6.工作台之設計不符合人體力學，易造成肌肉骨骼不適症狀 | | | | | |  |  |  |
| 7.其他： （請敘明） | | | | | |  |  |  |
| **(五)工作壓力** | | | | | | | | |
| 1.工作性質須輪班或夜間工作 | | | | | |  |  |  |
| 2.工作性質須經常加班或出差 | | | | | |  |  |  |
| 3.工作性質為獨自作業 | | | | | |  |  |  |
| 4.工作性質較無法彈性調整工作時間或安排休假 | | | | | |  |  |  |
| 5.工作性質易受暴力攻擊 | | | | | |  |  |  |
| 6.工作性質屬工作負荷較大或常伴隨精神緊張 | | | | | |  |  |  |
| 7.其他： （請敘明） | | | | | |  |  |  |
| **(六)其他** | | | | | | | | |
| 1.工作中須長時間站立 | | | | | |  |  |  |
| 2.工作中須長時間靜坐 | | | | | |  |  |  |
| 3.工作需頻繁變換不同姿勢，如經常由低位變換至高位之姿勢 | | | | | |  |  |  |
| 4.工作中須穿戴個人防護具或防護衣或制服 | | | | | |  |  |  |
| 5.工作性質須經常駕駛車輛或騎乘摩拖車外出 | | | | | |  |  |  |
| 6.作業場所對於如廁、進食、飲水或休憩之地點便利性不足 | | | | | |  |  |  |
| 7.工作場所未設置哺乳室或友善度不足 | | | | | |  |  |  |
| 8.其他： （請敘明） | | | | | |  |  |  |
| 三、風險等級 | | | | | | | | |
| □無(非屬女性勞工母性健康保護實施辦法第3條至第5條適用範圍) | | | | | | | | |
| □第一級管理 | | □第二級管理 | | | □第三級管理 | | | |
| 四、改善及管理措施 | | | | | | | | |
| 1.工程控制  □製程改善，請敘明：  □設置通風換氣設備，請敘明：  □其他，請敘明：  □暫無改善建議  2.行政管理  □工時調整，請敘明：  □職務或工作調整，請敘明：  □其他，請敘明：  □暫無管理措施建議  3.使用防護具，請敘明：  4.其他採行措施，請敘明： | | | | | | | | |
| 五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽名） | | | | | | | | |
| □職業安全衛生人員，簽名\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □勞工健康服務醫師，簽名\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □勞工健康服務護理人員，簽名\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □人力資源管理人員，簽名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □其他，部門名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，職稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，簽名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  執行日期：\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | | | | | | | | |

評估對象（孕、產婦本人）： (簽章)

工作場所負責人或單位主管： (簽章)

評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附表二

**國立東港高級海事水產職業學校**

妊娠及分娩後未滿1年之勞工健康情形自我評估表

※本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。

※請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予各單位主管。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **一、基本資料** | | | |
| 姓 名 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 年 齡 |  | 工作時間 | ： ～ ： |
| 單 位 |  | 工作班別 | □日班、□夜班、□輪班、□其他 |
| 職 稱 |  | 工作內容 |  |
| 1.□妊娠週數\_\_\_\_\_週；預產期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  2.□分娩後（分娩日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）；□哺乳 □未哺乳  3.本次妊娠有無多胎情形：□無、□有（多胞胎） | | | |
| **二、過去疾病史** | | | |
| 1.□無 2.□氣喘 3.□高血壓 4.□糖尿病 5.□心血管疾病  6.□蠶豆症 7.□腎臟或泌尿系統疾病 8.□其他 | | | |
| **三、家族病史** | | | |
| 1.□無 2.□氣喘 3.□高血壓 4.□糖尿病 5.□心血管疾病  6.□蠶豆症 7.□腎臟或泌尿系統疾病 8.□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）：   □B型肝炎、□水痘、□MMR (痲疹-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：□否 □是：  4.過去懷孕病史：  □無 □先天性子宮異常 □子宮肌瘤 □子宮頸手術病史  □曾有第2孕期(14週)以上之流產 □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** | | | |
| □無下列各種風險情形  1.□沒有規律產檢 2.□抽菸 3.□喝酒 4.□藥物，請敘明：  5.□年齡 (未滿18歲或大於40歲)  6.□生活環境存在風險因素 (例如熱、空氣汙染)  7.□孕前體重未滿45公斤、身高未150公分  8.個人心理狀況：□焦慮症、□憂鬱症、□其他  9.睡眠：□正常、□失眠、□需使用藥物、□其他 | | | |
| **六、自覺徵狀** | | | |
| 1.□無 2.□出血 3.□腹痛 4.□痙攣 5.□其他症狀： | | | |
| **七、其他檢查** | | | |
| 1.□無 2.□有，請敘明： | | | |

評估對象（孕、產婦本人）： (簽章)

~~臨廠服務~~醫師(含醫師字號)： (簽章)

評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附表三

**國立東港高級海事水產職業學校**

母性健康保護之勞工健康及工作適性評估建議表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **一、基本資料** | | | |
| 姓 名 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 年 齡 |  | 血 壓 | / mmHg |
| 單 位 |  | 身 高 | 公分 |
| 職 稱 |  | 體 重 | 公斤 |
| 身體質量指數（BMI） | | kg/m2 | |
| 1.□妊娠週數\_\_\_\_\_週；預產期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  2.□分娩後（分娩日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）；□哺乳 □未哺乳  3.本次妊娠有無多胎情形：□無、□有（多胞胎） | | | |
| **二、本次懷孕問題** | | | |
| 1.孕吐：□無、□明顯、□劇吐  2.貧血：□無、□血紅素<9g/dL、□血紅素<12g/dL  3.妊娠水腫：□無、□1+、□2+、□3+、□4+  4.妊娠蛋白尿：□無、□24小時的尿蛋白質超過 300mg  5.高血壓：□無、□ >140/90mmHg、□妊娠後期之血壓比早期收縮壓高30mmHg、□妊娠後期之血壓比早期舒張壓升高15mmHg  6.妊娠毒血症：□無、□有  7.其他問題：□迫切性流產（妊娠22週未滿）、□切迫性早（妊娠22週以後）、□多胞胎妊娠、  □羊水過少、□羊水過多、□早期子宮頸變薄(短)、□泌尿道感染、  □妊娠糖尿病、□前置胎盤、□胎盤早期剝離、□陰道出血(14週以後)、  □子宮收縮頻率過高 (1小時超過4次以上)、□超音波檢查胎兒結構異常、  □胎兒生長遲滯（＞37週且體重≦2500g）、□家族遺傳疾病或其他先天性異常  8.其他症狀：□靜脈曲張、□痔瘡、□下背痛、□膀胱炎、□其他 | | | |
| **三、分娩後子宮復舊與哺乳情形** | | | |
| 1.□子宮復舊良好、□子宮復舊不全，請敘明：  2.□哺乳情形，請敘明： | | | |
| **四、其他檢查異常** | | | |
| 1.□無 2.□有，請敘明： | | | |
| **五、健康評估結果** | | | |
| 1.□所從事之工作或以上健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康。  2.□所從事之工作或以上健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康。  3.□所從事之工作或以上健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康。 | | | |
| **六、所採取措施或建議** | | | |
| 1.□定期追蹤檢查  2.□提供孕期或產後健康指導  3.□工作適性安排建議：□縮減工時或業務量、□變更工作場所或職務、□停止工作（休養）、  □其他 | | | |
| 備註：  1.如無法開立此評估表，請將建議註記於孕婦健康手冊或另開立診斷書，提供雇主參考。  2.如對工作適性評估或建議有疑慮，可再請職業醫學科醫師現場訪視，提供綜合適性評估建議。 | | | |

醫療院所：

評估醫師(含醫師字號)： (簽章)

評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附表四

**國立東港高級海事水產職業學校**

母性健康保護之面談及工作適性安排建議表

|  |  |
| --- | --- |
| 一、基本資料 | |
| 姓名： | 年齡： |
| □妊娠週數 週；預產期 年 月 日  □分娩後（分娩日期 年 月 日）  □哺乳□未哺乳  □身高： 公分； 體重： 公斤； BMI： ；血壓： mmHg  □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  □無，大致正常  □有，請敘明診斷或不適症狀  2.管理分級  □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）  □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）  □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  □可繼續從事目前工作  □可繼續從事工作，但須考量下列條件限制:  □(1)變更工作場所：  □(2)變更職務：  □(3)縮減職務量：  □縮減工作時間：  □縮減業務量：  □(4)限制加班（不得超過　　小時／天）  □(5)周末或假日之工作限制（每月　　　次）  □(6)出差之限制（每月　　次）  □(7)夜班工作之限制（輪班工作者）（每月　　　次）  □不可繼續工作，宜休養(休養期間：敘明時間 )  □不可繼續工作，需住院觀察  □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 ： ) | |
| 醫師（含醫師字號）： 執行日期： 年 月 日 | |