

附表三：妊娠及分娩後(未滿一年)工作者之健康危害評估及工作適性安排建議表

(此面本人填寫，可參閱孕婦健康手冊)

一、基本資料	
姓名：_____	年齡：_____歲
單位/部門名稱：_____	
工作職稱/內容：_____	目前工作時間：_____ ~ _____
<input type="checkbox"/> 妊娠中：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"/> 以下皆無	
<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"/> 以下皆無	
<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 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
睡眠狀態： <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
六、自覺徵狀	
<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：_____	
七、其他檢查：請敘明： _____	
備註：請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予臨廠健康服務醫師或護理人員，謝謝！	

八、評估結果與建議

評估 結果	<input type="checkbox"/> 第一級管理 <input type="checkbox"/> 第二級管理 <input type="checkbox"/> 第三級管理
綜合 建議	<p><input type="checkbox"/>評估結果大致正常</p> <p><input type="checkbox"/>1.請定期追蹤檢查</p> <p><input type="checkbox"/>2.可繼續工作 (<input type="checkbox"/>可繼續從事原來的工作 <input type="checkbox"/>可從事接近日常之工作內容)</p> <p><input type="checkbox"/>評估結果部分異常</p> <p><input type="checkbox"/>1.可從事目前工作，但須考量下列條件限制：</p> <p><input type="checkbox"/> (1)變更工作場所：</p> <p><input type="checkbox"/> (2)變更職務：</p> <p><input type="checkbox"/> (3)縮減職務量：</p> <p><input type="checkbox"/> 縮減工作時間： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 縮減業務量： _____</p> <p><input type="checkbox"/> (4)限制加班 (不得超過 _____ 小時/天)</p> <p><input type="checkbox"/> (5)週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"/> 2.不可繼續原工作，宜休養(休養期間： _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 3.其它具體之工作調整或生活建議： _____</p> <p><input type="checkbox"/>評估結果異常，需住院觀察。</p> <p><input type="checkbox"/>其它 _____</p>

本人簽名： _____ 臨廠服務護理人員： _____

臨廠服務醫師(含醫師字號)： _____ 評估日期： 年 月 日

備註：

一、工作可能暴露之危害因素，請工作場所負責人先行填寫，並提供最近一次之健康檢查、作業環境監測紀錄及危害暴露情形等資料予工作者，交予評估醫師。

二、管理分級之說明：

(一)符合下列條件之一者，屬第一級管理：

- 1、作業場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準 10 分之 1。
- 2、從事女性勞工母性健康保護實施辦法第 3 條或第 5 條第 2 項之工作或其他情形，經醫師評估無害母體、胎兒或嬰兒健康。

(二)符合下列條件之一者，屬第二級管理：

- 1、作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準 10 分之 1 以上未達 2 分之 1。
- 2、從事女性勞工母性健康保護實施辦法第 3 條或第 5 條第 2 項之工作或其他情形，經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒之健康。

(三)符合下列條件之一者，屬第三級管理：

- 1、作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準 2 分之 1 以上。
- 2、從事女性勞工母性健康保護實施辦法第 3 條或第 5 條第 2 項之工作或其他情形，經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康。