

國立臺灣海洋大學妊娠及分娩後勞工之健康危害評估及工作適性安排建議表

一、基本資料			
勞工姓名		年齡	
身高_____公分；體重_____公斤；身體質量指數 (BMI) _____kg/m ² ；血壓_____mmHg <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"/> 工作職稱/內容：_____			
二、婦產科相關病史			
1. 預防接種： <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：_____			
三、妊娠及分娩後風險因子評估			
1. 過去懷孕病史： <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"/> 早產(懷孕未滿 37 週之生產)史 <input type="checkbox"/> 曾有第 2 孕期(14 週)以上之流產			
2. 工作可能暴露之危害因素： <input type="checkbox"/> 化學性物質，請敘明：_____ <input type="checkbox"/> 物理性危害，請敘明：_____ <input type="checkbox"/> 生物性危害，請敘明：_____ <input type="checkbox"/> 人因性危害，請敘明：_____ <input type="checkbox"/> 社會環境因子引起之心理危害，請敘明：_____			
3. 本次懷孕問題： <input type="checkbox"/> 多胞胎妊娠 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 早期子宮頸變薄(短) <input type="checkbox"/> 泌尿道感染 <input type="checkbox"/> 妊娠毒血症 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剝離 <input type="checkbox"/> 陰道出血(14 週以後) <input type="checkbox"/> 貧血(血紅素 < 10 g/dL) <input type="checkbox"/> 子宮收縮頻率過高(1 小時超過 4 次以上) <input type="checkbox"/> 超音波檢查胎兒結構異常 <input type="checkbox"/> 胎兒生長遲滯 (> 37 週且體重 ≤ 2500g) <input type="checkbox"/> 家族遺傳疾病或其他先天性異常 <input type="checkbox"/> 其它不適症狀 (如腹痛、頭痛、胸悶、下背痛... 等，請敘明_____)			
4. 個人因素： <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 <input type="checkbox"/> 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 睡眠正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
5. 分娩後子宮復舊與哺乳情形： <input type="checkbox"/> 子宮復舊良好 <input type="checkbox"/> 子宮復舊不全，請敘明：_____ <input type="checkbox"/> 哺乳情形，請敘明：_____			
6. 其他檢查，請敘明： _____			

四、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	<input type="checkbox"/> 評估結果大致正常 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1. 請定期追蹤檢查 <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) <input type="checkbox"/> 評估結果部分異常 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1. 可從事目前工作，但須考量下列條件限制： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (1) 變更工作場所： <input type="checkbox"/> (2) 變更職務： <input type="checkbox"/> (3) 縮減職務量： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 縮減工作時間：_____ <input type="checkbox"/> 縮減業務量：_____ <input type="checkbox"/> (4) 限制加班 (不得超過_____小時/天) <input type="checkbox"/> (5) 週末或假日之工作限制 (每月_____次) <input type="checkbox"/> (6) 出差之限制 (每月_____次) <input type="checkbox"/> (7) 夜班工作之限制 (輪班工作者) (每月_____次) <input type="checkbox"/> 2. 不可繼續原工作，宜休養(休養期間：_____) <input type="checkbox"/> 3. 其它具體之工作調整或生活建議：_____ <input type="checkbox"/> 評估結果異常，需住院觀察。 <input type="checkbox"/> 其他：_____
評估醫師(含醫師字號)：	評估日期：_____年_____月_____日
備註：	<p>一、工作可能暴露之危害因素，請雇主先行填寫，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勞工，交予評估醫師。</p> <p>二、管理分級之說明：</p> <p>(一) 符合下列條件之一者，屬第一級管理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、作業場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準十分之一。 2、第三條或第五條第二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。 <p>(二) 符合下列條件之一者，屬第二級管理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準十分之一以上未達二分之一。 2、第三條或第五條第二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。 <p>(三) 符合下列條件之一者，屬第三級管理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準二分之一以上。 2、第三條或第五條第二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。