

國立嘉義大學母性工作者之健康危害評估及工作適性建議表

(一~六項由工作者本人填寫，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：_____ 職務：_____ 上班時間：_____ ~ _____ |
| <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（雙、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（經產婦填寫）：自然產_____次，剖腹產_____次， <input type="checkbox"/> 曾發生併發症：_____ |
| 4. 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 正常 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 |
| 睡眠： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 _____小時/天 <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：頻率_____ <input type="checkbox"/> 腹痛：頻率_____ <input type="checkbox"/> 痙攣：頻率_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 備註：請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予職醫。 |

附表4 (第2頁/共2頁)

| 七、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 <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) <input type="checkbox"/> 評估結果部分異常 <input type="checkbox"/> 1. 可從事目前工作，但須考量下列條件限制： <input type="checkbox"/> 適當調整工作內容 <input type="checkbox"/> 限制加班 (不得超過 小時/天) <input type="checkbox"/> (週末或假日之工作限制 (每月 次)) <input type="checkbox"/> 夜班工作之限制 (輪班工作者) (每月 次) <input type="checkbox"/> 2. 建議至地區醫院附設之婦產專科評估；並取得診斷證明。 <input type="checkbox"/> 評估結果異常 醫師建議： _____ _____ |
| 本人已清楚所處作業環境對健康之影響。 _____ (簽名) | |
| 職醫(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。</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> <p>1、作業場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準 10 分之 1。</p> <p>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。</p> <p>(二) 符合下列條件之一者，屬第二級管理：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(三) 符合下列條件之一者，屬第三級管理：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> | |