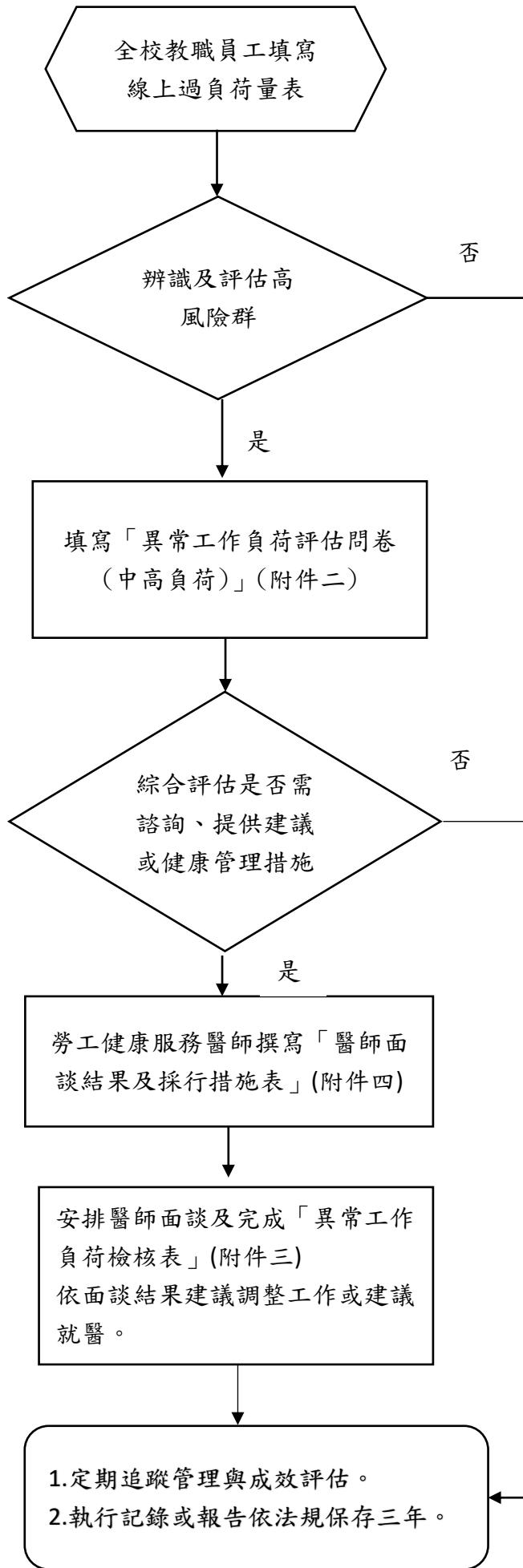


附件一、異常工作負荷促發疾病預防流程圖



## 附件二

## 異常工作負荷評估問卷(中高負荷)

填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

<b>一、基本資料</b>			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	年 月 日	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鳏寡
工作部門		年資	年 月
職稱		電話	
<b>二、個人過去病史(經醫師確定診斷，可複選)</b>			
<input type="checkbox"/> 心臟循環系統疾病( <input type="checkbox"/> 心絞痛 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 接受心導管支架手術 <input type="checkbox"/> 曾接受冠狀動脈繞道手術 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈疾病接受藥物治療 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 其他 )			
<input type="checkbox"/> 腦中風	<input type="checkbox"/> 血脂肪異常		
<input type="checkbox"/> 睡眠相關呼吸疾病(如睡眠呼吸中止症)	<input type="checkbox"/> 中樞神經系統疾病(如癲癇、脊椎疾病)		
<input type="checkbox"/> 周邊神經系統疾病(如腕隧道症候群)	<input type="checkbox"/> 情感或心理疾病		
<input type="checkbox"/> 眼睛疾病(不含可以矯正之近視或遠視)	<input type="checkbox"/> 聽力損失		
<input type="checkbox"/> 上肢或下肢疾病(如會導致關節僵硬、無力等症狀之疾病)			
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 氣喘	<input type="checkbox"/> 長期服藥，藥物名稱：_____	
<input type="checkbox"/> 其他_____			
<input type="checkbox"/> 以上均無			
<b>三、家族史</b>			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一等親內的家屬(父母、祖父母、子女)男性於55 歲、女性於65歲前發生狹心症或心絞痛 <input type="checkbox"/> 家族中有中風病史 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
<b>四、生活習慣史</b>			
1. 抽菸	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(每天____包、共____年) <input type="checkbox"/> 已戒菸____年	
2. 檳榔	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(每天____顆、共____年) <input type="checkbox"/> 已戒____年	
3. 喝酒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(總類:____、頻率:____、每次大約____ml)	
4. 用餐時間不正常	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	； 外食頻率 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一餐 <input type="checkbox"/> 兩餐 <input type="checkbox"/> 三餐
5. 自覺睡眠不足	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是(工作日睡眠平均_____小時/日；假日睡眠平均小時/日)	
6. 運動習慣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(每週____次、每次____分)	
7. 其他			
<b>五、健康檢查項目(已繳交在職員工健檢或新進人員體檢報告者免填寫)</b>			
1. 身體質量指數_____公斤/米 <sup>2</sup> (18.5<=BMI<24)(身高_____公分；體重_____公斤)			
2. 腰圍_____ (男性<90公分；女性<80公分)			
3. 脈搏_____			
4. 血壓_____ / _____ mmHg (收縮壓<120、舒張壓<80 mmHg)			
5. 總膽固醇_____ (<200 mg/dL)			
6. 低密度膽固醇_____ (<100 mg/dL)			

7. 高密度膽固醇 \_\_\_\_\_ (男性 $\geq 40$  mg/dL；女性 $\geq 50$  mg/dL)  
 8. 三酸甘油脂 \_\_\_\_\_ (<150 mg/dL)  
 9. 空腹血糖 \_\_\_\_\_ (<100 mg/dL)  
 10. 尿蛋白 \_\_\_\_\_ (陰性)  
 11. 尿潛血 \_\_\_\_\_ (陰性)

#### 六、工作相關因素

1. 工作時數： 平均每天 \_\_\_\_\_ 小時；平均每週 \_\_\_\_\_ 小時；平均每月加班 \_\_\_\_\_ 小時  
 2. 工作班別：  白班  夜班  輪班 ( 定期  不定期；輪班方式： \_\_\_\_\_ )

3. 工作環境(可複選)：

- 噪音(\_\_\_\_\_ 分貝)  異常溫度(高溫約 \_\_\_\_\_ 度；低溫約 \_\_\_\_\_ 度)  通風不良  
 人因工程設計不良(如：座椅、震動、搬運等)  以上皆無

4. 日常伴隨緊張之工作負荷(可複選)

- 經常負責會威脅自己或他人生命、財產的危險性工作  
 有迴避危險責任的工作  
 關乎人命、或可能左右他人一生重大判決的工作  
 處理高危險物質的工作  
 可能造成社會龐大損失責任的工作  
 有過多或過分嚴苛的限時工作  
 需在一定的期間內(如交期等)完成的困難工作  
 負責處理客戶重大衝突或複雜的勞資紛爭  
 無法獲得周遭理解或孤立無援狀況下的困難工作  
 負責複雜困難的開發業務、或公司重建等工作  
 以上皆無

5. 有無工作相關突發異常事件(如近期發生車禍、車子於行駛中發生重大故障等)？

- 無  有(說明： \_\_\_\_\_ )

6. 工作環境中有無組織文化、職場正義問題(如職場人際衝突、部門內部溝通管道不足等)？

- 無  有(說明： \_\_\_\_\_ )

7. 對預定之工作排程或工作內容經常性變更或無法預估、常屬於事前的通知狀況等？

- 無  有(說明： \_\_\_\_\_ )

8. 經常性出差，其具有時差、無法休憩、休息或適當住宿、長距離自行開車或往返兩地而無法恢復疲勞狀況等？

- 無  有(說明： \_\_\_\_\_ )

#### 七、非工作相關因素

1. 家庭因素問題  無  有(說明： \_\_\_\_\_ )  
 2. 經濟因素問題  無  有(說明： \_\_\_\_\_ )

附件三

異常工作負荷檢核表

填表原因：輪班工作 夜間工作 高工時(人事室通知) 高心血管疾病風險  
定期健康檢查 其他自覺異常工作負荷

填表日期： 年 月 日

<b>一、基本資料</b>			
單位/職稱：	姓名：	年齡：	性別：
年資：	有無抽菸：	有無喝酒：	電話：
慢性疾病：		平均延長工時時數： 小時	
<b>二、過負荷分量表</b>			
<b>(一)個人疲勞</b>			分數
1. 你常覺得疲勞嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未			
2. 你常覺得身體上體力透支嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未			
3. 你常覺得情緒上心力交瘁嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未			
4. 你常會覺得，「我快要撐不下去了」嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未			
5. 你常覺得精疲力竭嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未			
6. 你常常覺得虛弱，好像快要生病了嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未			
個人過勞總分：將各選項分數轉換如下：(1)100 (2)75 (3)50 (4)25 (5)0。			
個人過負荷平均分數：將第1~6題的得分相加，除以6。			
<b>(二)工作疲勞</b>			分數
1. 你的工作會令人情緒上心力交瘁嗎? <input type="checkbox"/> (1)很嚴重 <input type="checkbox"/> (2)嚴重 <input type="checkbox"/> (3)有一些 <input type="checkbox"/> (4)輕微 <input type="checkbox"/> (5)非常輕微			
2. 你的工作會讓你覺得快要累垮了嗎? <input type="checkbox"/> (1)很嚴重 <input type="checkbox"/> (2)嚴重 <input type="checkbox"/> (3)有一些 <input type="checkbox"/> (4)輕微 <input type="checkbox"/> (5)非常輕微			
3. 你的工作會讓你覺得挫折嗎? <input type="checkbox"/> (1)很嚴重 <input type="checkbox"/> (2)嚴重 <input type="checkbox"/> (3)有一些 <input type="checkbox"/> (4)輕微 <input type="checkbox"/> (5)非常輕微			
4. 工作一整天之後，你覺得精疲力竭嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未			
5. 上班之前只要想到又要工作一整天，你就覺得沒力嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未			
6. 上班時你會覺得每一刻都很難熬嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未			
7. 不工作的時候，你有足夠的精力陪朋友或家人嗎? <input type="checkbox"/> (1)從未或幾乎從未 <input type="checkbox"/> (2)不常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)常常 <input type="checkbox"/> (5)總是			

工作疲勞總分：將各選項分數轉換如下：(1)100 (2)75 (3)50 (4)25 (5)0。			
工作疲勞平均分數：將第 1~7 題的得分相加，除以 7。			
(三) 負荷分級			
負荷分級	個人過負荷(分數)	工作疲勞(分數)	月平均加班時數
低負荷	<50 分：過負荷程度輕微 <input type="text"/> 分	<45 分：過負荷程度輕微 <input type="text"/> 分	<45 小時 <input type="text"/> 小時
中負荷	50-70 分：過負荷程度中等 <input type="text"/> 分	45-60 分：過負荷程度中等 <input type="text"/> 分	45-80 小時 <input type="text"/> 小時
高負荷	>70 分：過負荷程度嚴重 <input type="text"/> 分	>60 分：過負荷程度嚴重 <input type="text"/> 分	>80 小時 <input type="text"/> 小時

綜合評估(3者取高者)：低負荷 中負荷 高負荷

備註：個人疲勞及工作疲勞分數解釋。

疲勞類型	分數	分級	解釋
個人過負荷	50 分以下	輕微	您的過負荷程度輕微，您並不常感到疲勞、體力透支、精疲力竭、或者虛弱好像快生病的樣子。
	50-70 分	中度	您的個人過負荷程度中等。您有時候感到疲勞、體力透支、精疲力竭、或者虛弱好像快生病的樣子。建議您找出生活的壓力源，進一步的調適自己，增加放鬆與休息的時間。
	70 分以上	嚴重	您的個人過負荷程度嚴重。您時常感到疲勞、體力透支、精疲力竭、或者虛弱好像快生病的樣子。建議您適度的改變生活方式，增加運動與休閒時間之外，您還需要進一步尋找專業人員諮詢。
工作疲勞	45 分以下	輕微	您的工作相關過負荷程度輕微，您的工作並不會讓您感覺很沒力、心力交瘁、很挫折。
	45-60 分	中度	您的工作相關過負荷程度中等，您有時對工作感覺沒力，沒有興趣，有點挫折。
	60 分以上	嚴重	您的工作相關過負荷程度嚴重，您已經快被工作累垮了，您感覺心力交瘁，感覺挫折，而且上班時都很難熬，此外您可能缺少休閒時間，沒有時間陪伴家人朋友。建議您適度的改變生活方式，增加運動與休閒時間之外，您還需要進一步尋找專業人員諮詢。

### 三、工作者月平均延長工時時數

- 一個月內延長工時時數超過 100 小時。(\_\_\_\_小時)
- 二至六個月內，月平均延長工時時數超過 80 小時。(\_\_\_\_小時)
- 一至六個月，月平均延長工時時數超過 45 小時。(\_\_\_\_小時)

若有上述延長工時情形，請直屬主管核章：

### 四、腦、心血管疾病與過負荷風險判定(請您填入一年內健檢或定期追蹤數據)

(一)透過工作者體格(健康)檢查報告，運用 Framingham Cardiac Risk Score 評估十年內發生腦、心血管疾病的風險：

健康檢查報告： <input type="checkbox"/> 無報告 <input type="checkbox"/> 有報告	總膽固醇濃度：_____ mg/dl
健檢日期：年 月 日	高密度膽固醇濃度：_____ mg/dl

		血壓： mmHg		
糖尿病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		抽菸 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 低度風險： $<10\%$ <input type="checkbox"/> 中度風險： $10\%-20\%$ <input type="checkbox"/> 高度風險： $\geq 20\%$				
(二)腦、心血管疾病與工作負荷矩陣 (臨場健康服務醫師評估使用，請勿填寫)				
1. 風險分級矩陣				
十年內發生腦、心血 管疾病風險	工作者工作負荷			
	低負荷 (0)	中負荷 (1)	高負荷 (2)	
	$<10\%$ (0)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	$10\%-20\%$ (1)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
$\geq 20\%$ (2)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
備註：				
風險分級		健康管理措施		
低風險	0	不需諮詢	不需處理，可從事一般工作。	
中風險	1	不需諮詢	建議生活型態改變，注意工時調整，至少每年追蹤一次。	
	2	建議諮詢	建議生活型態改變，注意工時調整，至少每半年追蹤一次。	
高風險	3	需要諮詢	建議醫療協助及生活型態改變，需工作限制，至少每三個月追蹤一次。	
	4	需要諮詢	建議醫療協助及生活型態改變，需工作限定，至少每一至三個月追蹤一次。	
2. 勞工健康服務醫師綜合評估：				
<input type="checkbox"/> 不需諮詢 <input type="checkbox"/> 建議諮詢 <input type="checkbox"/> 需要諮詢				
勞工健康服務醫師簽名：_____ 日期：____年____月____日				

## 附件四

## 醫師面談結果及採行措施表

面談指導結果				
姓名		單位		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡 歲	
疲勞累積狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	特殊記載事項		
應顧慮的身心狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
判定區分	診斷區分	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 需觀察 <input type="checkbox"/> 需醫療	需採取後續相關措施	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請填寫採行措施建議)
	工作區分	<input type="checkbox"/> 一般工作 <input type="checkbox"/> 工作限制 <input type="checkbox"/> 需休假		
	指導區分	<input type="checkbox"/> 不需指導 <input type="checkbox"/> 要健康指導 <input type="checkbox"/> 需醫療指導		

勞工健康服務醫師簽名：

年 月 日

採行措施建議			
工作上採取的措施	調整工作時間	<input type="checkbox"/> 限制加班，最多 小時／月	<input type="checkbox"/> 減少輪班頻率
		<input type="checkbox"/> 不宜加班	<input type="checkbox"/> 不宜繼續工作(指示休假、休養)
		<input type="checkbox"/> 限制工作時間 時 分	<input type="checkbox"/> 其他
	變更工作	<input type="checkbox"/> 變更工作場所(請敘明：)	
		<input type="checkbox"/> 轉換工作(請敘明：)	
		<input type="checkbox"/> 減少大夜班次數(請敘明：)	
		<input type="checkbox"/> 轉換為白天的工作(請敘明：)	
		<input type="checkbox"/> 其他(請敘明：)	
建議就醫			
備註			

勞工健康服務醫師簽名：

年 月 日

教職員工簽名：

單位主管簽章	人事室簽章	環安衛中心簽章

## 附件五

## 預防異常工作負荷促發疾病執行紀錄表

項目	結果	備註
辨識及評估高風險群	1. 異常工作負荷促發疾病高風險者_____人 2. 異常工作負荷促發疾病中風險者_____人	
安排醫師面談及 健康指導	1. 安排醫師面談者_____人 (1)需觀察或進一步追蹤檢查者_____人 (2)需進行醫療者_____人 2. 需健康指導者_____人 (1)已接受健康指導者_____人	
調整或縮短工作時間及更換 工作內容	1. 需調整或縮短工作時間_____人 2. 需變更工作者_____人	
實施健康檢查管理 及促進	1. 應實施健康檢查者_____人 (1)實際受檢者_____人 (2)檢查結果異常者_____人 (3)需複檢者_____人 2. 應定期追蹤管理者_____人 3. 參加健康促進活動者_____人	
執行成效之評估及改善	1. 參與健康檢查率_____% 2. 健康促進達成率_____% 3. 與上一次健康檢查異常結果項目比較， 異_____檢率% 4. 環境改善情形：_____	
其他事項		

執行者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日