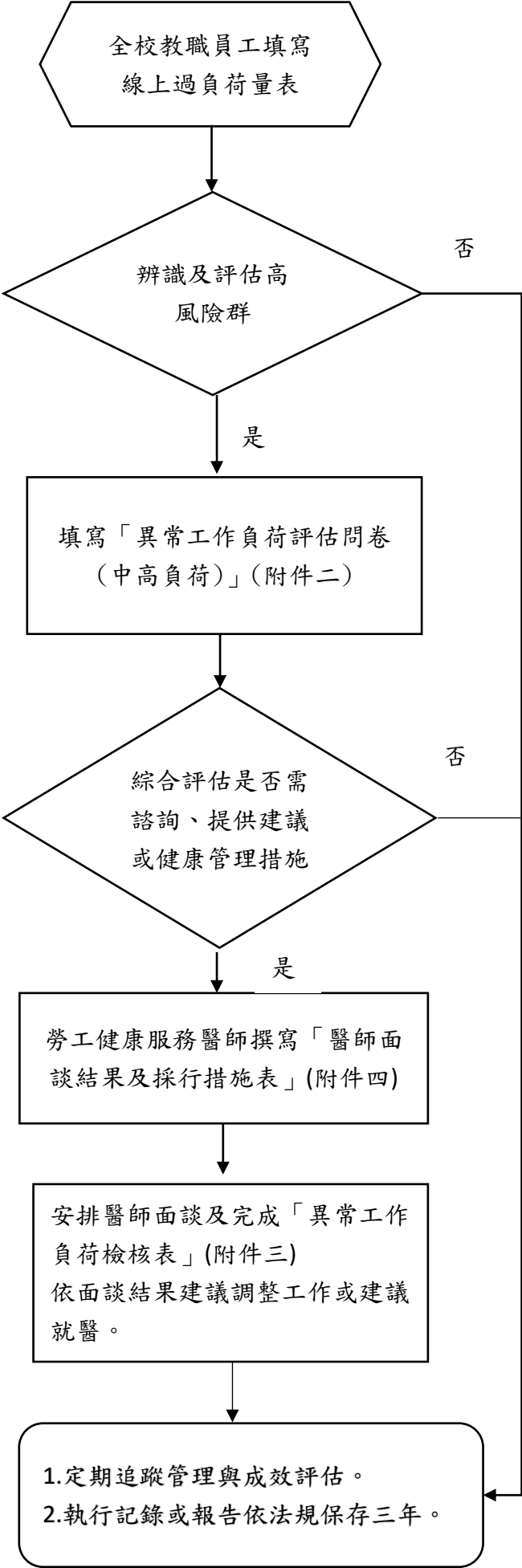


附件一、異常工作負荷促發疾病預防流程圖



異常工作負荷評估問卷(中高負荷)

填寫日期：____年____月____日

一、基本資料			
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"/> 鰥寡
工作部門		年資	年 月
職稱		電話	
二、個人過去病史(經醫師確定診斷，可複選)			
<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			
三、家族史			
<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_____			
四、生活習慣史			
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_____			
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)			
1. 身體質量指數____公斤/米 ² (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)			

<p>7. 高密度膽固醇_____ (男性≥ 40 mg/dL；女性≥ 50 mg/dL)</p> <p>8. 三酸甘油脂_____ (<150 mg/dL)</p> <p>9. 空腹血糖_____ (<100 mg/dL)</p> <p>10. 尿蛋白_____ (陰性)</p> <p>11. 尿潛血_____ (陰性)</p>
<p>六、工作相關因素</p>
<p>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</p> <p>2. 工作班別： <input type="checkbox"/> 白班 <input type="checkbox"/> 夜班 <input type="checkbox"/> 輪班(<input type="checkbox"/> 定期<input type="checkbox"/> 不定期；輪班方式：_____)</p> <p>3. 工作環境(可複選)：</p> <p><input type="checkbox"/> 噪音(_____ 分貝) <input type="checkbox"/> 異常溫度(高溫約_____ 度；低溫約_____ 度) <input type="checkbox"/> 通風不良</p> <p><input type="checkbox"/> 人因工程設計不良(如：座椅、震動、搬運等) <input type="checkbox"/> 以上皆無</p> <p>4. 日常伴隨緊張之工作負荷(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 經常負責會威脅自己或他人生命、財產的危險性工作</p> <p><input type="checkbox"/> 有迴避危險責任的工作</p> <p><input type="checkbox"/> 關乎人命、或可能左右他人一生重大判決的工作</p> <p><input type="checkbox"/> 處理高危險物質的工作</p> <p><input type="checkbox"/> 可能造成社會龐大損失責任的工作</p> <p><input type="checkbox"/> 有過多或過分嚴苛的限時工作</p> <p><input type="checkbox"/> 需在一定的期間內(如交期等)完成的困難工作</p> <p><input type="checkbox"/> 負責處理客戶重大衝突或複雜的勞資紛爭</p> <p><input type="checkbox"/> 無法獲得周遭理解或孤立無援狀況下的困難工作</p> <p><input type="checkbox"/> 負責複雜困難的開發業務、或公司重建等工作</p> <p><input type="checkbox"/> 以上皆無</p> <p>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)?</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(說明：_____)</p> <p>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)?</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(說明：_____)</p> <p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(說明：_____)</p> <p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(說明：_____)</p>
<p>七、非工作相關因素</p>
<p>1. 家庭因素問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(說明：_____)</p> <p>2. 經濟因素問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(說明：_____)</p>

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

一、基本資料			
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	
二、過負荷分量表			
(一)個人疲勞			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。			
(二)工作疲勞			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 □_____分	<45 分：過負荷程度輕微 □_____分	<45 小時 □_____小時
中負荷	50-70 分：過負荷程度中等 □_____分	45-60 分：過負荷程度中等 □_____分	45-80 小時 □_____小時
高負荷	>70 分：過負荷程度嚴重 □_____分	>60 分：過負荷程度嚴重 □_____分	>80 小時 □_____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			
<input type="checkbox"/> 一個月內延長工時時數超過 100 小時。(____小時) <input type="checkbox"/> 二至六個月內，月平均延長工時時數超過 80 小時。(____小時) <input type="checkbox"/> 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：□無報告 □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：≥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
≥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				

醫師面談結果及採行措施表

面談指導結果				
姓名		單位		年齡 歲
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
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
	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		
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請填寫採行措施建議)

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：_____）	
	措施期間	日 週 月 （下次面談預定日 年 月 日）	
	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

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