

## 妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表

一、基本資料	
姓名：	年齡：
單位/部門名稱：	職務：
目前班別：	
<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（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：☐否 ☐是：\_\_\_\_\_

4.過去懷孕病史：

☐無 ☐先天性子宮異常 ☐子宮肌瘤 ☐子宮頸手術病史

☐曾有第 2 孕期（14 週）以上之流產 ☐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

☐無

☐沒有規律產檢

☐抽菸 ☐喝酒 ☐藥物，請敘明：\_\_\_\_\_

☐年齡（未滿 18 歲或大於 40 歲）☐生活環境因素（例如熱、空氣汙染）

☐孕前體重未滿 45 公斤、身高未滿 150 公分

個人心理狀況：☐焦慮症 ☐憂鬱症

睡眠：☐正常 ☐失眠 ☐需使用藥物 ☐其他：\_\_\_\_\_

### 六、自覺徵狀

☐無 ☐出血 ☐腹痛 ☐痙攣 ☐其他症狀：\_\_\_\_\_

備註：

1. 本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。
2. 請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予勞工健康服務醫師或護理人員。

## 妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性安排建議表

一、基本資料	
姓名：	年齡：
<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"/> 身高：____公分； 體重：____公斤； BMI：____；	
血壓：____mmHg	
<input type="checkbox"/> 工作職稱/內容： _____	
二、健康問題及工作適性安排建議	
1. 健康問題	
<input type="checkbox"/> 無，大致正常	
<input type="checkbox"/> 有，請敘明診斷或不適症狀_____	
2. 管理分級	
<input type="checkbox"/> 第一級管理（所從事工作或健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康）	
<input type="checkbox"/> 第二級管理（所從事工作或健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康）	
<input type="checkbox"/> 第三級管理（所從事工作或健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康）	
3. 工作適性安排建議	
<input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作	

☐可繼續從事工作，但須考量下列條件限制：

☐ (1)變更工作場所：

☐ (2)變更職務：

☐ (3)縮減職務量： ☐縮減工作時間： ☐縮減業務量：

☐ (4)限制加班（不得超過\_\_\_\_小時／天）

☐ (5)周末或假日之工作限制（每月\_\_\_\_次）

☐ (6)出差之限制（每月\_\_\_\_次）

☐ (7)夜班工作之限制（輪班工作者）（每月\_\_\_\_次）

☐不可繼續工作，宜休養（休養期間：敘明時間）

☐不可繼續工作，需住院觀察

☐其他具體之工作調整或生活建議

（包括工作調整或異動、追蹤或職場對應方法、飲食等詳細之建議內容）：

醫師（含醫師字號）：\_\_\_\_\_

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

# 中山醫學大學

## 作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

一、作業場所基本資料		
部門名稱：_____		
作業型態： <input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
二、作業場所危害類型		
危害特性評估概況：		
<input type="checkbox"/> 物理性危害：_____		
<input type="checkbox"/> 化學性危害：_____		
<input type="checkbox"/> 生物性危害：_____		
<input type="checkbox"/> 人因性危害：_____		
<input type="checkbox"/> 工作壓力/職場暴力：_____		
<input type="checkbox"/> 其他：_____		
三、風險等級		
<input type="checkbox"/> 第一級管理	<input type="checkbox"/> 第二級管理	<input type="checkbox"/> 第三級管理
四、改善及管理措施		
1.工程控制		
<input type="checkbox"/> 製程改善，請敘明：_____		
<input type="checkbox"/> 設置通風換氣設備，請敘明：_____		
<input type="checkbox"/> 其他，請敘明：_____		
2.行政管理		

☐工時調整，請敘明：\_\_\_\_\_

☐職務或工作調整，請敘明：\_\_\_\_\_

☐其他，請敘明：\_\_\_\_\_

3.使用防護具，請敘明：\_\_\_\_\_

4.其他採行措施，請敘明：\_\_\_\_\_

### 五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽名）

☐職業安全衛生人員，簽名\_\_\_\_\_

☐勞工健康服務醫師，簽名\_\_\_\_\_

☐勞工健康服務護理人員，簽名\_\_\_\_\_

☐人力資源管理人員，簽名\_\_\_\_\_

☐其他，部門名稱\_\_\_\_\_，職稱\_\_\_\_\_，簽名\_\_\_\_\_

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

## 中山醫學大學母性健康保護辦法流程圖

