

附表一

國立北港高級農工職業學校女性員工母性健康風險評估檢核表

填表日期：_____年_____月_____日

單位：_____

職稱：教師 職員 其他_____

目前狀況	<input type="checkbox"/> 未預計懷孕(勾選此項只需填寫一、二、三項)	評估日期	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 預計懷孕 <input type="checkbox"/> 懷孕中 週，(預產/生產日：) 本次妊娠有無多胞胎： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 分娩後(分娩日期 年 月 日) <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳	建議 複評日期	年 月 日

填寫以下問卷

一、過去疾病史

無 氣喘 高血壓 糖尿病 心血管疾病 蠶豆症 腎臟或泌尿系統疾病 其他_____

二、家族病史

無 氣喘 高血壓 糖尿病 心血管疾病 蠶豆症 腎臟或泌尿系統疾病 其他_____

三、婦產科相關病史

1. 免疫狀況 (曾接受疫苗注射或具有抗體)：

B型肝炎 水痘 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：

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_____

四、妊娠及分娩後風險因子評估

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_____

【通用性危害】可能對孕婦產生危害情形	是：√ 否：		改善情形
	是	否	
工作中是否需要長時間站立且很難有休憩時間?			
工作中是否需要長時間靜坐且很難有休憩時間?			
工作中是否可能需要經常由低位變換至高位之姿勢而引發頭暈或暈厥?			
工作中區域是否有足夠空間已讓員工在懷孕晚期仍然能夠自由活動或充分伸展?			
工作中是否需要獨自作業?			
如果需要穿戴個人防護具或防護衣，是否能充分提供所需之個人防護具或個人防護衣且備有合適規格?			
如果需要穿著制服，事業單位是否能充分提供產婦各種合適規格的制服?			

妊娠員工需要使用的防護具、穿著之防護衣或制服的材質是否舒適?			
工作中是否需要經常駕駛車輛外出?			
工作中是否需要經常騎乘摩托車?			
工作中是否需要經常駕駛車輛至野地或郊外區?			
工作中是否需要經常至國外或遠地出差?			
出差時搭乘的交通工具是否安全且舒適?			
工作場所中所有的通道、樓梯或台階均是安全且通暢無阻嗎?			
【物理性危害】可能對孕婦產生危害情形			
在工作中是否需要經常上下階梯或梯架?			
在工作中是否需要搬抬物件上下階梯或梯架?			
在工作場所是否可能遭遇物品掉落的危險?			
是否有會讓身體不舒服的噪音?			
工作場所是否提供充分的冷熱飲及休憩時間?			
工作地區地面是否不平坦、濕滑或有未固定之物件(如電線)而可能造成人員滑倒或絆倒?			
工作中是否有移動性物品而造成衝擊衝撞?			
其他			
【人因危害】可能對孕婦產生危害情形			
工作中是否需要有人工重物處理作業?			
工作中是否需要提舉或移動大型物件?			
工作中是否需要提舉或移動較重物件?			
工作中需要搬抬物件時，是否採用具困難度或不正常的姿勢?			
工作中是否需要不正常的抬舉動作(例如扭轉、彎腰或伸展)?			
工作中是否有重複性動作?			
【工作壓力】可能對孕婦產生危害情形			
工作狀況是否使您感到有壓力?			
是否需要加班?			
工作狀況是否使您精神或體力感到有負擔及產生疲勞?			
是否須從事輪班工作?			
是否會在非常早的清晨開始或結束作業呢?			
在工作中是否感受到欺凌或壓迫呢?			
是否從事較易受到暴力攻擊之工作(如保全保安、公眾服務、獨自從事收銀作業等)?			
當員工受到他人(如顧客或犯人)之暴力攻擊時，是否很容易能獲得協助、支援或醫療照護?			
【福祉】可能對孕婦產生危害的情形			
工作時間中是否有固定的休憩時間?			
工作場所是否有適當的空間能提供孕婦休息?			
是否能便利舒適的使用廁所盥洗室?			
是否需要增加如廁、進食、飲水或休憩之頻率或時間?			

附表二

母性健康保護之面談及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	
<p>1. 健康問題</p> <input type="checkbox"/> 無，大致正常 <input type="checkbox"/> 有，請敘明診斷或不適症狀 <p>2. 管理分級</p> <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） <p>3. 工作適性安排建議</p> <input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作 <input type="checkbox"/> 可繼續從事工作，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) 周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"/> 不可繼續工作，宜休養（休養期間：敘明時間） <input type="checkbox"/> 不可繼續工作，需住院觀察 <input type="checkbox"/> 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