



## 妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表

填表日期：

<b>一、基本資料</b>		
姓名：	年齡：	歲
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		
<b>二、過去疾病史</b>		
<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：		
<b>三、家族病史</b>		
<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：		
<b>四、婦產科相關病史</b>		
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： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：		
4. 過去懷孕病史：		
<input type="checkbox"/> 無 <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：		
<b>五、妊娠及分娩後風險因子評估</b>		
<input type="checkbox"/> 無 <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"/> 生活環境因素（例如熱、空氣汙染）		
<input type="checkbox"/> 孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分		
<input type="checkbox"/> 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症		
<input type="checkbox"/> 睡眠： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他：		
<b>六、自覺徵狀</b>		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 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，填寫完畢將資料傳送回衛生保健組，謝謝！ 2. 聯繫方式：洪護理師#51109。		