



妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性評估建議表

一、基本資料				
姓名：		年齡：		歲
<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；身體質量指數(BMI)：_____ kg/m ² ；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 <input type="checkbox"/> 可繼續從事工作，但須考量下列條件限制： <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： <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、飲食等詳細之內容：_____）				
醫師（含醫師字號）：		執行日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日		
經醫師評估及危害資訊說明，同意工作適性安排建議。 簽名：?個案可以不接受?				
護理人員簽章	衛生保健組組長簽章	環保安全中心簽章	人事室簽章	單位主管簽章