

屏東縣東港鎮以栗國民小學校園母性健康保護實施要點

110.06.30 校務會議通過

壹、依據

- 一、職業安全衛生法及其施行細則。
- 二、學校職業安全衛生管理要點。
- 三、女性勞工母性健康保護實施辦法。
- 四、妊娠與分娩後女性及未滿十八歲勞工禁止從事危險性或有害性工作認定標準。
- 五、游離輻射防護安全標準之規定辦理。
- 六、性別工作平等法。

貳、適用範圍對象及啟動

一、適用對象:

1. 預期懷孕、妊娠中之女性教師及員工。
2. 產後女性教師及員工，包括正常生產、妊娠 24 週後死產、分娩後 1 年內。
3. 產後滿 1 年後，仍在哺乳之女性教師及員工。

二、校園女性健康母性保護啟動：

1. 員工主動提報。
2. 由幹事每月統計調查，是否有預期懷孕、妊娠中、分娩後 1 年、哺乳之女性員工，並匯整資料，主動提供給校方。
3. 每月定期由人事洽詢「產檢假」名單。
4. 每季利用晨會時間公告職場母性保護計畫適用對象，以提醒校內同

仁主動提報。

參、執行流程說明：

- (一)需求評估：女性教師及員工提出母性保護需求，並填寫「妊娠及分娩後未滿一年之員工健康情形自我評估表」(附表一)，交由校方廣續執行母性保護作為。
- (二)危害辨識暨風險評估:由校方人員進行工作場所環境及作業危害與員工個人健康評估後，填寫「母性健康保護工作場所環境及作業危害評估表」如(附表二)，並參考(附表三)之內容，區分風險等級。
- (三)危害控制:依據女性教師及員工提出母性保護需求，實施已知的危險因子進行工作危害控制、工作內容調整或更換、工作時間調整及現場改善措施，以減少或移除危險因子。
- (四)工作適性評估: 女性教師及員工之風險等級若為第一級管理者，考量其可能影響生育功能，向當事人說明危害影響並採取消除或控制危害，經當事人書面同意者，可繼續從事原工作；屬二級管理者，應採取危害預防措施；為第三級管理者，該危害將影響母體、胎兒等之安全及健康，依校方或專業人士(如特約醫師)評估建議採取有效控制措施並與員工面談後需聽取員工之意願及單位主管意見，做工作調整及更換等健康保護措施，於改善後重新評估確定對女性員工無生殖危害後方可使其繼續工作，並填寫「母性健康保護面談及工作適性安排建議表」(附表四)，註明其不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項。需將建議報告書發送至單位主管及女性教師及員工，而女性教師及員工對於雇主所採取之母性健康管理措施，有配合之義務。
- (五)追蹤評值:收案女性教師及員工妊娠中或產後一年內需執行電訪關懷至少一次。
- (六)績效評估、檢討及記錄：由校方每三個月彙整統計分析收案成果，並於相關會議提報，定期檢討、修正並公告實施，本計畫採取之危害需求評估、風險評估、面談指導、適性評估及相關採行措施執行文件及記錄，應保障員工隱私權，並至少留存紀錄三年備查。

肆、母性保護權責劃分

一、權責分工：

單位	工作要項
總務處及健康中心	<ol style="list-style-type: none">1.負責母性員工健康保護措施之規畫、推動與執行。2.負責工作場所環境及作業之危害辨識與評估、風險分級及工作環境改善與危害控制管理等。3.依風險評估結果，協助員工工作調整、更換與現場作業改善措施。4.定期舉辦員工健康檢查，並定期整理、維護、建檔健康檢查結果。5.母性保護期間提供教育訓練、健康指導及健康保護措施。6.成立事業單位內諮詢窗口。7.參與母性員工健康保護措施之規畫、推動與執行。8.依風險評估結果協助調整、更換工作內容及辦理請假事宜。9.配合保護計畫母性勞工之工作時間管理與調整。

	<p>10.協助提供女性員工資料，如妊娠或產假人員清冊、工作部門及工時排班等。</p>
健康中心	<p>1.參與母性員工健康保護措施之規畫、推動與執行。</p> <p>2.依保護措施時程檢視並進行風險評估，包括生殖危害之工作危害評估、個別危害評估、危害控制及分級管理措施。</p> <p>3.依風險評估結果，提出書面告知風險、健康指導、教育訓練及工作調整或更換等健康保護措施之適性評估與建議。</p> <p>4.協助填寫母性健康保護面談及工作適性安排建議表。</p> <p>5.協助檢視計畫執行現況及績效。</p>
單位主管	<p>1.參與母性員工健康保護措施之規畫、推動與執行。</p> <p>2.協助保護計畫之工作危害評估。</p> <p>3.配合計畫之工作調整、更換，以及作業現場改善措施。</p>
員工	<p>1.參與母性員工健康保護措施之規畫、推動與執行。</p> <p>2.填寫妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表。</p> <p>3.提出福祉需求建議。</p>

- 伍、本要點經公告後周知學校女性教師及員工。
- 陸、管控追蹤及評估改善成效，以法令為依據定期修訂作業流程。
- 柒、本計畫經校務會議審議通過後，報請校長核定後公布施行。本計畫應逐年檢討修正並公告實施。本計畫未規定事項，依相關法規規定辦理。

附表一、妊娠及分娩後未滿一年之女性教師及員工健康情形自我評估表

(女性教師及員工本人填寫)

一、基本資料
姓名：_____ 病歷號：_____ 年齡：_____ 歲 聯絡電話：_____
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) ；生產方式： <input type="checkbox"/> 自然產， <input type="checkbox"/> 剖腹產 <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： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____ 4.過去懷孕病史： <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 <input type="checkbox"/> 5.其他_____ 5.本次懷孕問題： <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠毒血症 <input type="checkbox"/> 貧血血紅素<10g/dl <input type="checkbox"/> 其他_____
五、妊娠及分娩後風險因子評估
<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"/> 孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分
<input type="checkbox"/> 子宮復舊良好 <input type="checkbox"/> 子宮復舊不全，請敘明：_____
<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"/> 其他不適症狀_____
六、自覺徵狀
<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：_____
七、工作可能暴露之危害因素:
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 化學性物質:如重金屬(鉛、汞等)、異常氣體、有機溶劑，請敘明：_____
<input type="checkbox"/> 物理性危害:如高低溫作業、震動、噪音、游離輻射、異常氣壓等，請敘明：_____
<input type="checkbox"/> 生物性危害:如微生物、B型肝炎病毒、HIV、肺結核、VDRL、水痘等，請敘明：_____
<input type="checkbox"/> 人因性危害:如重複關節肌肉動作、長期坐或站姿、負重搬運等，請敘明：_____
<input type="checkbox"/> 社會環境因子引起之心理危害，請敘明：_____

母性健康保護個案追蹤評值表

105.07修訂

(由校護填寫)

時間 項目	妊娠中	產後一年內	視情況
被訪問者	<input type="checkbox"/> 女性教師及員工 <input type="checkbox"/> 單位主管	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 單位主管	描述性
身體上問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 提供初步諮詢 <input type="checkbox"/> 建議婦產科門診追蹤 <input type="checkbox"/> 安排職醫臨場訪視	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 提供初步諮詢 <input type="checkbox"/> 建議婦產科門診追蹤 <input type="checkbox"/> 安排職醫臨場訪視	
工作壓力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 提供初步諮詢 <input type="checkbox"/> 與主管討論工作適性 <input type="checkbox"/> 轉介職場心理諮商	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 提供初步諮詢 <input type="checkbox"/> 與主管討論工作適性 <input type="checkbox"/> 轉介職場心理諮商	
個案心理狀況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂慮	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂慮	
正確飲食	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 提供初步諮詢 <input type="checkbox"/> 轉院內營養師 <input type="checkbox"/> 建議門診諮詢	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 提供初步諮詢 <input type="checkbox"/> 轉院內營養師 <input type="checkbox"/> 建議門診諮詢	
睡眠狀況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他	
定期產檢或產後回診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <u>時 間</u>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <u>時 間</u>	
衛教指導	<input type="checkbox"/> 提供初步諮詢 <input type="checkbox"/> 提供孕期相關衛教單張	<input type="checkbox"/> 提供初步諮詢 <input type="checkbox"/> 提供母嬰照護相關衛教單張	
健康狀況及職務或工作調動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(需重新評估)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(需重新評估)	

校內健康照護 網滿意度	<input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意	<input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意	
後續追蹤			
追蹤日期			

附表二、母性健康保護工作場所環境及作業危害評估表

(由校護填寫參考附表三填寫)

危害類型	評估結果		
	有	無	可能有影響
物理性危害			
1.工作性質須經常上下階梯或梯架			
2.工作性質須搬抬物件上下階梯或梯架			
3.工作場所可能有遭遇物品掉落或移動性物品造成衝擊衝撞			
4.暴露於有害輻射散布場所之工作			
5.暴露於噪音作業環境(TWA \geq 85dB)			
6.暴露於會引發不適之環境溫度(熱或冷)			
7.暴露於高溫作業之環境			
8.暴露於極大溫差地區之作業環境			
9.暴露於全身振動或局部振動之作業			
10.暴露於異常氣壓之工作			
11. 作業場所為地下坑道或空間狹小			
12. 工作場所之地板、通道、樓梯或台階有安全防護措施			
13. 其他：_____			
化學性危害			
1. 暴露於依國家標準 CNS 15030 分類屬生殖毒性物質第一級之作業環境：(請敘明物質)			
2. 暴露於依國家標準 CNS 15030 分類屬生殖細胞致突變性物質第一級之作業環境：(請敘明物質)			
3. 暴露於鉛及其化合物散布場所之作業環境			
4. 暴露於製造或處置抗細胞分裂及具細胞毒性藥物之作業環境			
5. 暴露於對哺乳功能有不良影響致危害嬰兒健康之作業環境：(請敘明物質)			
6. 其他：_____			
生物性危害			
1. 暴露於感染弓形蟲之作業環境			
2. 暴露於感染德國麻疹之作業環境			
3. 暴露於具有致病或致死之微生物：如 B 型肝炎或水痘、C 型肝炎或人類免疫缺乏病毒或肺結核等			
4. 其他：_____			
人因性危害			
1. 工作性質為處理一定重量以上之重物處理作業			
2. 工作須經常提舉或移動(推拉)大型重物或物件			
3. 搬抬物件之作業姿勢具困難度或經常反覆不正常或不			

自然的姿勢			
4. 工作姿勢經常為重覆性之動作			
5. 工作姿勢會受空間不足而影響(活動或伸展空間狹小)			
6. 工作台之設計不符合人體力學，易造成肌肉骨骼不適症狀			
7. 其他：_____			
工作壓力			
1. 工作性質須輪班或夜間工作			
2. 工作性質須經常加班或出差			
3. 工作性質為獨自作業			
4. 工作性質較無法彈性調整工作時間或安排休假			
5. 工作性質易受暴力攻擊			
6. 工作性質屬工作負荷較大或常伴隨精神緊張			
7. 其他：_____			
其他			
1. 工作中須長時間站立			
2. 工作中須長時間靜坐			
3. 工作需頻繁變換不同姿勢，如經常由低位變換至高位之姿勢			
4. 工作中須穿戴個人防護具或防護衣或制服			
5. 工作性質須經常駕駛車輛或騎乘摩拖車外出			
6. 作業場所對於如廁、進食、飲水或休憩之地點便利性不足			
7. 工作場所未設置哺乳室或友善度不足			
8. 其他：_____			
評估結果(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			

評估人員簽名及日期：

校護或健康服務醫師：_____

受評者簽名：_____ 受評估單位主管簽名：_____

評估日期：_____

附表三、母性健康保護風險危害分級參考表

物理性危害			
風險等級	第一級管理	第二級管理	第三級管理
噪音	TWA<80 分貝	TWA 80~85 分貝	TWA ≥85 分貝
游離輻射	請依照「游離輻射防護安全標準」之規定辦理		
異常氣壓作業	-	-	暴露於高壓室內或潛水作業
化學性危害			
危害項目	第一級管理	第二級管理	第三級管理
鉛作業	血中鉛濃度低於 5μg/dl 者	血中鉛濃度在 5μg/dl 以上未達 10μg/dl	血中鉛濃度在 10μg/dl 以上者或 空氣中鉛及其化合物濃度，超過 0.025mg/m ³

危害性化學品	-	暴露於具生殖性毒性物質、生殖性細胞致突變性，或其他對哺乳功能有不良影響之化學品	暴露於屬生殖性毒性物質第一級、生殖性細胞致突變性物質第一級之化學品																						
	作業場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準十分之一。	作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準十分之一以上未達二分之一。	作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準二分之一以上。																						
處理危害性化學品，其工作場所空氣中危害性化學品濃度，超過表定規定值者。	-	-	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">濃度 有害物</th> <th colspan="2">規定值</th> </tr> <tr> <th>ppm</th> <th>mg/m3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>二硫化碳</td> <td>5</td> <td>15.5</td> </tr> <tr> <td>三氯乙烯</td> <td>25</td> <td>134.5</td> </tr> <tr> <td>環氧乙烷</td> <td>0.5</td> <td>0.9</td> </tr> <tr> <td>丙烯醯胺</td> <td></td> <td>0.015</td> </tr> <tr> <td>次乙亞胺</td> <td>0 25</td> <td>0.44</td> </tr> </tbody> </table>			濃度 有害物	規定值		ppm	mg/m3	二硫化碳	5	15.5	三氯乙烯	25	134.5	環氧乙烷	0.5	0.9	丙烯醯胺		0.015	次乙亞胺	0 25	0.44
			濃度 有害物	規定值																					
				ppm	mg/m3																				
			二硫化碳	5	15.5																				
			三氯乙烯	25	134.5																				
			環氧乙烷	0.5	0.9																				
			丙烯醯胺		0.015																				
次乙亞胺	0 25	0.44																							

			砷及其無機化合物 (以砷計)		0.005
			汞及其無機化合物 (以汞計)		0.025
			註：經採取母性健康保護措施，可改列第二級		

生物性危害

危害項目	第一級管理	第二級管理	第三級管理
微生物		1. 暴露於德國麻疹、B 型肝炎或水痘感染之作業，但已具免疫力。 2. 暴露於 B 型肝炎、C 型肝炎或人類免疫缺乏病毒感染之作業，但無從事會有血液	1. 暴露於弓形蟲感染之作業。 2. 暴露於德國麻疹感染之作業，且無免疫力者。 3. 暴露於 B 型肝炎、C 型肝炎或人類免疫缺

		<p>或體液風險感染之工作。</p> <p>3. 暴露於肺結核感染之作業，經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒健康者。</p>	<p>乏病毒感染之作業，且從事會有血液或體液風險感染之工作。</p> <p>4. 暴露於水痘感染之作業，且無免疫力者。</p> <p>5. 暴露於肺結核感染之作業，經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康者。</p>
--	--	--	--

人因性危害

危害項目	第一級管理	第二級管理	第三級管理
以人工提舉、放、推、拉、搬運或移動重物	-	以人工提舉、放、推、拉、搬運或移動重物，經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒健康者。	以人工提舉、放、推、拉、搬運或移動重物，經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康者

一定重量以上 重物處理工作	-	-		妊 娠 中	分娩未滿 六個月者	分娩滿 六個月 但未滿 一年者
			重量 作業別	規定值 (公斤)		
			斷續性作業	10	15	30
			持續性作業	6	10	20
			註：經採取母性健康保護措施，可改列 第二級			

其他

危害項目	第一級管理	第二級管理	第三級管理
職業安全衛生法第30條第1項第5款至第14款或第2項第3至第5款之危險性或有害性工作	-	-	從事「妊娠與分娩後女性及未滿18歲勞工禁止從事危險性或有害性工作認定標準」之附表二或附表三所列項目；經採取母性健康保護措施者，可改列第二級。

※僅列舉部分危害項目提供區分風險等級建議參考，實務上仍應依個案之實際評估結果為主。

附表四、母性健康保護面談及工作適性安排建議表

姓名：_____ 年齡：_____ 歲；單位：_____ 職務：_____

妊娠週數 _____ 週；預產期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

分娩後（分娩日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 哺乳 未哺乳

風險等級為 第一級 第二級 第三級

工作適性建議表		
危害類型	危害項目	工作改善及預防
物理性危害	<input type="checkbox"/> 游離輻射	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 提供適當防護具 <input type="checkbox"/> 管制暴露量及時間 <input type="checkbox"/> 調整工作環境(包括空間、照明、電腦桌椅等) 2.工時調整 <input type="checkbox"/> 增加休息時間及頻率 <input type="checkbox"/> 調整輪班及班別時間 3.其他預防措施 <input type="checkbox"/> 告知勞工其作業之危害及預防 <input type="checkbox"/> 禁止此作業 4.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ <input type="checkbox"/> 休假：__年__月__日至__年__月__日
	<input type="checkbox"/> 噪音TWA ≥85分貝	
	<input type="checkbox"/> 衝擊(shock)、振動(vibration)或移動(movement)	
	<input type="checkbox"/> 非游離輻射(如電磁輻射)	
	<input type="checkbox"/> 高溫作業	
	<input type="checkbox"/> 異常氣壓	
	<input type="checkbox"/> 低溫或氣溫明顯變動之作業	
	<input type="checkbox"/> 電擊	
	<input type="checkbox"/> 滑倒、絆倒或跌倒	
	<input type="checkbox"/>(得依事業單位實際狀況增列評估項目)	
化學性危害	<input type="checkbox"/> 生殖毒性第一級之物質 _____ (除職安法第 30 條第 1 項第 5 款之化學品外)	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 調整工作環境(如通氣設備) <input type="checkbox"/> 提供適當防護衣及防護具 <input type="checkbox"/> 管制暴露量及時間 2.工時調整 <input type="checkbox"/> 增加休息時間及頻率 <input type="checkbox"/> 調整輪班及班別時間 3.其他預防措施 <input type="checkbox"/> 告知勞工其作業之危害及預防 <input type="checkbox"/> 禁止此作業 4.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ <input type="checkbox"/> 休假：__年__月__日至__年__月__日
	<input type="checkbox"/> 生殖細胞致突變第一級之物質 _____ (除職安法第 30 條第 1 項第 5 款之化學品外)	
	<input type="checkbox"/> 抗細胞分裂(antimitotic)或具細胞毒性(cytotoxic)之藥物	
	<input type="checkbox"/> 對哺乳功能有不良影響之物質 _____	
	<input type="checkbox"/> 可經皮膚吸收之毒性化學物質，包括某些殺蟲劑	

	<input type="checkbox"/> 一氧化碳或其它窒息性氣體之空間 <input type="checkbox"/>(得依事業單位實境增列評估項目)	
生物性危害	<input type="checkbox"/> 弓形蟲 <input type="checkbox"/> 德國麻疹 <input type="checkbox"/> 具有致病或致死之微生物：如 B 型肝炎或水痘、C 型肝炎或人類免疫缺乏病毒、或肺結核	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 調整工作環境 <input type="checkbox"/> 提供清潔設備 <input type="checkbox"/> 提供適當防護衣及防護具 2.其他預防措施 <input type="checkbox"/> 告知懷孕工作者其作業之危害及預防 <input type="checkbox"/> 禁止此作業 3.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ <input type="checkbox"/> 休假： 年 月 日至 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 人工重物處理 <input type="checkbox"/> 空間狹小 <input type="checkbox"/> 動作(movement)或姿勢 <input type="checkbox"/> 工作之儀器設備操作(如終端機或工作站監視..等) <input type="checkbox"/>(得依事業單位實境增列評估項目)_____	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 調整工作環境(包括空間、照明、電腦桌椅等) <input type="checkbox"/> 提供適當的座位 <input type="checkbox"/> 提供寬敞環境可經常活動 <input type="checkbox"/> 避免獨立作業 2.工時調整 <input type="checkbox"/> 增加休息時間及頻率 <input type="checkbox"/> 調整輪班及班別時間 3.其他預防措施 <input type="checkbox"/> 告知勞工其作業之危害及預防 <input type="checkbox"/> 壓力諮詢或管理 <input type="checkbox"/> 禁止此作業 4.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ <input type="checkbox"/> 休假： 年 月 日至 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 工作壓力 <input type="checkbox"/> 職場暴力 <input type="checkbox"/>(得依事業單位實境增列評估項目)_____	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 調整工作環境 <input type="checkbox"/> 提供適當的座位 <input type="checkbox"/> 提供寬敞環境可經常活動 <input type="checkbox"/> 提供哺集乳室
其他	<input type="checkbox"/> 工作時間 <input type="checkbox"/> 工作姿勢(久站或久坐..等) <input type="checkbox"/> 個人防護具或制服之穿戴 <input type="checkbox"/> 如廁、進食、飲水或休憩地點 便利性不足	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 調整工作環境 <input type="checkbox"/> 提供適當的座位 <input type="checkbox"/> 提供寬敞環境可經常活動 <input type="checkbox"/> 提供哺集乳室

	<input type="checkbox"/> 未設置哺乳室	<input type="checkbox"/> 提供臨近浴廁
	<input type="checkbox"/>(得依事業單位實境增列評估項目)_____	<input type="checkbox"/> 提供適當防護衣及防護具 <input type="checkbox"/> 避免獨立作業 2.工時調整 <input type="checkbox"/> 增加休息時間及頻率 <input type="checkbox"/> 調整輪班及班別時間 3.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ <input type="checkbox"/> 休假： 年 月 日至 年 月 日

面談指導及工作適性安排意願

本人 _____ 已於__年__月__日與 _____ 面談，並已清楚所處作業環境對健康之影響，及公司所採取之措施，本人同意接受下述之建議：

維持原工作 調整職務 調整工作時間 變更工作場所 其他 _____

面談特約醫師: _____

評估日期: 年 月 日

勞工簽名: _____

單位主管簽名: _____

日期: 年 月 日

參考資料

- 一、職業安全衛生法及職業安全衛生法施行細則。
- 二、學校職業安全衛生管理要點。
- 三、勞動基準法。
- 四、性別工作平等法。
- 五、女性勞工母性健康保護實施辦法。
- 六、妊娠與分娩後女性及未滿十八歲勞工禁止從事危險性或有害性工作認定標準。
- 七、游離輻射防護安全標準。
- 八、職場母性健康保護工作指引。