

慈惠醫護管理專科學校 妊娠母性健康保護申請單

單位名稱：

填表日期： 年 月 日

一、基本資料

1.姓名： 2.身分證字號： 3.出生年月日： 年 月 日
4.年齡： 歲 5.子女數： 男 女 6.連絡電話：
7.職稱： 8.工作場所地點名稱或編號
(大樓名稱/樓層/室號)：

二、健康情形

妊娠週數_____週；預產期____年____月____日
本次妊娠有無多胎情形：☐無 ☐有（多胞胎）
自覺症狀：☐無 ☐出血 ☐腹痛 ☐痙攣 ☐其他症狀：
本次懷孕問題：

1.胎兒產檢情形，☐正常 ☐有異狀 原因：_____

2.過去病史

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

3.家庭病史

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

4.婦產科病史

(1) 免疫狀況（曾接受疫苗注射或曾得過）：
☐ B 型肝炎 ☐ 水痘 ☐ MMR（麻疹-腮腺炎-德國麻疹） ☐ 百日咳
(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_____

5.妊娠風險因子

☐ 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 _____
☐ 以上皆無

慈惠醫護管理專科學校 妊娠母性健康保護申請單

三、工作場所風險評估			
危害分類	不得從事且需進行危害作業評估	是	否
化學性	1. 您是否從事鉛及鉛化合物製作及散布場所之工作？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
化學性	2. 您是否從事危害化學品製作及散布場所之工作？(危害化學品指處理或暴露於二硫化碳、三氯乙烯、環氧乙烷、丙烯醯胺、次乙亞胺、砷及其化合物、汞及其無機化合物，有一項符合，請填是)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生物性	3. 您是否暴露在德國麻疹及弓形蟲感染之作業？(已具德國麻疹抗體者填否)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
危害分類	採取保護措施後可從事危害作業評估	是	否
物理性	4. 您從事游離輻射且輻射配章暴露劑量大於 1 毫西弗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人因性	5. 搬運 10 公斤以上之重物，需請他人幫忙，不要獨立執行，您是否頻繁未依規定作業？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
工作壓力	6. 工作性質輪班、夜間工作、經常加班、經常出差、獨自工作？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. 工作性質無法彈性調整工作、安排休假或易受暴力攻擊？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. 工作性質屬工作負荷較大或常伴隨精神緊張？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他	9. 工作中長時間站立或靜坐或頻繁變換姿勢？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>備註：</p> <p>1. 項目 1-3 如員工勾選「是」時，請單位主管必須安排工作調整；項目 4-9 如員工勾選「是」時，申請者需依規定採取健康保護措施。環安組將依職業安全衛生醫師評估決定，安排是否需要醫師進行個人面談指導。</p> <p>2. 請將本表經單位主管簽章後，連同產檢紀錄影本送回環境安全衛生中心評估。</p>			

自評者：

自評單位主管：

職業安全衛生護理師：

環安組單位主管：

☐ 無從事危害作業。

☐ 由臨場健康服務醫師
評估風險等級。

☐ 其他：