

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： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(多胞胎)		
自覺症狀： <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：		
本次懷孕問題：		
1.胎兒產檢情形， <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有異狀 原因：_____		
2.過去病史 <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_____		
3.家庭病史 <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_____		
4.婦產科病史 (1) 免疫狀況(曾接受疫苗注射或曾得過)： <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) <input type="checkbox"/> 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： <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 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_____		
5.妊娠風險因子 <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_____		
<input type="checkbox"/> 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"/>
備註：			
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。			
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。			

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：