

# 臺北市立大學教職員工健康管理計畫

107年12月25日環境安全衛生委員會通過

## 一、目的

依據職業安全衛生法第二十條與勞工健康保護規則第十四至二十四條規定，為保障本校教職員工健康與安全，瞭解員工健康狀況，預防職業傷害，特訂定此計畫。

## 二、適用對象

於本校納保(公保、軍保、勞保)之在職教職員工。

## 三、實施要領

### (一) 新進員工體格檢查

1. 初至本校任職人員之新進人員，需自費至勞動部認可之勞工體格與健康檢查醫療機構辦理勞工一般體格檢查，檢查項目應依「勞工健康保護規則」附表八之規定辦理，並於報到二週內繳交體檢報告及「臺北市立大學教職員工健康紀錄表」予健促中心存查。
2. 非繼續之臨時性或短期性工作，其工作期間在六個月以內者，得免實施一般體格檢查。

### (二) 在職員工之健康檢查

1. 一般作業環境員工之健康檢查，應依「勞工健康保護規則」第十五條規定，定期實施一般健康檢查：年滿六十五歲以上者，每年檢查一次；四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次；未滿四十歲者，每五年檢查一次。
2. 一般健康檢查之員工可自行至勞動部認可之健康檢查醫療機構執行，並檢據以不超過本校補助金額，送至健促中心核銷。體檢報告需繳至健促中心，以利進行健康管理。
3. 公務人員一般健康檢查體檢項目皆已包含在職勞工一般檢查項目，故已申請公務人員健檢費用補助之受檢人員不得重覆申請在職勞工一般健康檢查補助。體檢報告亦需繳至健促中心，以利進行健康管理。
4. 健康檢查之費用，由學校編列經費補助；但計畫案人員之雇主為計畫主持人，其健康檢查費用應由計畫經費補助。
5. 特殊作業環境員工另依附表九之特殊健康檢查項目表，需每年進行健康檢查。

## 四、實施一般體格檢查、一般健康檢查後，應採取下列措施：

- (一) 對檢查結果異常之員工，應由職業安全衛生護理師提供其健康指導；經臨場服務醫師健康評估結果，不能適應原有工作者，應依臨場服務醫師建議，變更其作業場所、更換工作，並採取健康管理措施。
- (二) 有關員工健康檢查及相關健康指導紀錄之保存及管理，由健促中心負責，並保障員工隱私。

## 五、本計畫經環境安全衛生委員會審議通過，陳請校長核定後實施。

# 臺北市立大學教職員工健康紀錄表

依據「職業安全衛生法」與「勞工健康保護規則」規定，為保障全體教職員工健康與安全，瞭解員工健康狀況，預防職業傷害，將進行過勞量表評估與肌肉骨骼症狀調查，本次所有健康相關數據資料，僅作為本中心健康管理與追蹤、統計分析及心腦血管健康風險評估。依個人資料保護法，敬請同意並填寫以下資料，填妥請繳回健促中心妥為保管，謝謝您！

同意人簽名：\_\_\_\_\_

填表日期： 年 月 日

基本資料 ( 單位： \_\_\_\_\_ 職稱： \_\_\_\_\_ 分機： \_\_\_\_\_ )

姓名	性別	年齡	年資	身高	體重	慣用手
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右手

## 既往病史

您是否曾患有下列慢性疾病：(請在適當項目前打勾)

- 高血壓 糖尿病 心臟病 癌症\_\_\_\_\_ 中風 氣喘  
其他 \_\_\_\_\_ 以上皆無

## 生活習慣史

- 抽菸 無 有(每天\_\_\_\_包、共\_\_\_\_年) 已戒菸\_\_\_\_年
- 檳榔 無 有(每天\_\_\_\_顆、共\_\_\_\_年) 已戒\_\_\_\_年
- 喝酒 無 有(總類：\_\_\_\_\_ 頻率：\_\_\_\_\_)
- 用餐時間不正常 否 是； 外食頻率 無 一餐 兩餐 三餐
- 自覺睡眠不足 否 是(工作日睡眠平均\_\_\_\_小時；假日睡眠平均\_\_\_\_小時)
- 運動習慣 無 有(每週\_\_\_\_次、每次\_\_\_\_分)

## 過勞量表

★平均月加班時數：\_\_\_\_\_小時

### 一、個人疲勞

1. 你常覺得疲勞嗎？

- (1)總是  (2)常常  (3)有時候  (4)不常  (5)從未或幾乎從未

2. 你常覺得身體上體力透支嗎？

- (1)總是  (2)常常  (3)有時候  (4)不常  (5)從未或幾乎從未

3. 你常覺得情緒上心力交瘁嗎？

- (1)總是  (2)常常  (3)有時候  (4)不常  (5)從未或幾乎從未

4. 你常會覺得，「我快要撐不下去了」嗎？

- (1)總是  (2)常常  (3)有時候  (4)不常  (5)從未或幾乎從未

5. 你常覺得精疲力竭嗎？

- (1)總是  (2)常常  (3)有時候  (4)不常  (5)從未或幾乎從未

6. 你常常覺得虛弱，好像快要生病了嗎？

- (1)總是  (2)常常  (3)有時候  (4)不常  (5)從未或幾乎從未

### 二、工作疲勞

1. 你的工作會令人情緒上心力交瘁嗎？

- (1)很嚴重  (2)嚴重  (3)有一些  (4)輕微  (5)非常輕微

2. 你的工作會讓你覺得快要累垮了嗎?

(1) 很嚴重  (2) 嚴重  (3) 有一些  (4) 輕微  (5) 非常輕微

3. 你的工作會讓你覺得挫折嗎?

(1) 很嚴重  (2) 嚴重  (3) 有一些  (4) 輕微  (5) 非常輕微

4. 工作一整天之後，你覺得精疲力竭嗎?

(1) 總是  (2) 常常  (3) 有時候  (4) 不常  (5) 從未或幾乎從未

5. 上班之前只要想到又要工作一整天，你就覺得沒力嗎?

(1) 總是  (2) 常常  (3) 有時候  (4) 不常  (5) 從未或幾乎從未

6. 上班時你會覺得每一刻都很難熬嗎?

(1) 總是  (2) 常常  (3) 有時候  (4) 不常  (5) 從未或幾乎從未

7. 不工作的時候，你有足夠的精力陪朋友或家人嗎?(反向題)

(1) 從未或幾乎從未  (2) 不常  (3) 有時候  (4) 常常  (5) 總是

### 肌肉骨骼症狀調查表

1. 您在過去的 1 年內，身體是否有長達 2 星期以上的疲勞、酸痛、發麻、刺痛等不舒服，或關節活動受到限制?

否 (結束此調查表)

是 (請繼續填寫下列表格)

2. 下表的身體部位酸痛、不適或影響關節活動之情形持續多久時間?

1 個月  3 個月  6 個月  1 年  3 年  3 年以上

3. 症狀調查(請依據您實際不舒服的部位、疼痛嚴重度勾選)

不痛						極度劇痛	工作相關性	
0	1	2	3	4	5		有	無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

背面觀

不痛						極度劇痛	工作相關性	
0	1	2	3	4	5		有	無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 其他症狀、病史說明