

# 臺北市立大學母性健康保護計畫

107年12月25日環境安全衛生委員會通過

## 一、依據

依據職業安全衛生法第三十、三十一條及女性勞工母性健康保護實施辦法之規定辦理。

## 二、目的

對於女性員工從事有母性健康危害之虞工作應採取各項健康保護措施，以確保懷孕、產後女性員工之身心健康，特訂定「臺北市立大學母性健康保護計畫」(以下簡稱本計畫)。

## 三、母性健康保護期間

得知妊娠之日起至分娩後一年之期間。

## 四、職責分工

### (一) 單位主管

- 1、協助本計畫之推動與執行。
- 2、協助本計畫之工作危害評估。
- 3、依風險評估結果協助工作調整、更換，及作業現場改善措施之執行。
- 4、配合本計畫女性員工之工作時間管理與調整。

### (二) 臨場健康服務醫師

- 1、協助工作危害評估。
- 2、判定及確認風險等級。
- 3、有健康疑慮時，與工作者進行面談及相關醫療健康指導。
- 4、必要時轉介婦產科醫師。
- 5、協助檢視計畫執行現況，協助確認計畫執行績效。

### (三) 職業安全衛生護理師

- 1、負責本計畫之規劃、推動與執行。
- 2、協助風險評估並依風險評估結果，協助健康保護措施之執行。
- 3、提供孕期及分娩後一年期間健康指導與諮詢。

### (四) 人事室

- 1、協助每月提供產前假及產假人員名冊予護理師。
- 2、依臨場醫師之評估與建議，協助工作調整等事宜。

### (五) 女性員工：

- 1、主動告知懷孕、分娩及哺乳事實。
- 2、提出保護計畫之需求，並配合計畫之執行及參與。
- 3、配合本計畫之工作危害評估、工作調整與作業現場改善措施。
- 4、若工作變更或健康狀況有變化，應立即告知健康服務醫護人員，俾調整計畫。

## 五、母性健康保護計畫執行流程與策略

母性健康保護計畫推動流程圖(如圖一)，實施策略如下：

### (一) 需求評估

由女性員工提出「母性健康保護計畫」之需求，並完成填寫「妊娠或分娩後一年之女性員工健康情形自我評估表」(附表一)，經單位主管核章後，交予職業安全衛生護理師。

### (二) 風險評估

- 1、由職業安全衛生護理師依據員工填報之健康情形自我評估表，進行初步評估；若無從事

危害健康之情形，存檔結案。

2、若有可能從事危害健康之情形時，轉由臨場健康服務醫師進行「工作場所環境及作業危害評估」(附表二)及完成「面談及工作適性安排建議表」(附表三)。

### (三) 危害控制與分級管理

1、第一級管理：無危害風險；經醫師評估無危害母體、胎兒或嬰兒健康，可繼續從事原工作。

2、第二級管理：可能有危害風險，安排臨場健康服務醫師面談指導，採取危害預防措施。

3、第三級管理：有危害風險，需會同相關人員作進一步評估，採取工作環境改善及有效控制措施。

當評估有已知的危險因子存在時，先進行危害控制以及工作現場改善措施，以減少或移除危險因子。女性員工有健康異常時，必要時，由臨場健康服務醫師轉介至婦產科醫師，並完成填報「妊娠或分娩後一年健康及工作適性評估建議表」(附表四)。

若需進行工作調整時，建議採取漸進式工作調整計劃，與臨場服務醫護人員、工作者、單位主管及人事主管等人員進行面談諮商，將溝通過程及決議完整紀錄。

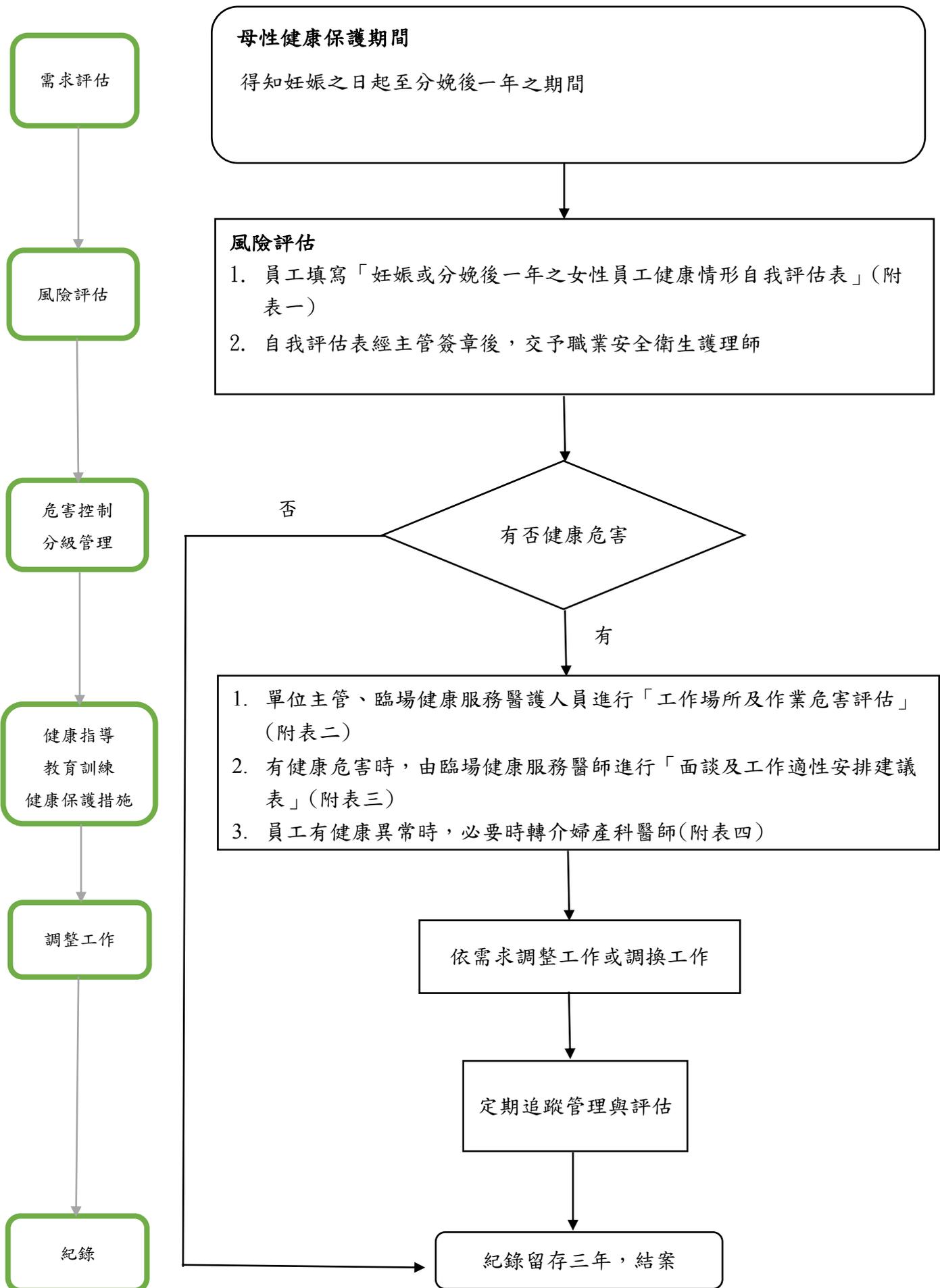
### (四) 健康保護措施

由醫護人員執行健康指導，如在執行過程中，發現有工作變更或健康狀況變化，需隨時修正保護措施。

六、計畫執行紀錄或文件應歸檔留存三年，並保障個人隱私權。

七、女性員工分娩滿一年後，仍在哺乳者，得請求學校採取母性健康保護。凡有妊娠及分娩事實者，亦得請求適用本計畫。

八、本計畫經環境安全衛生委員會審議通過，經校長核定後實施。



圖一 母性健康保護計畫推動流程圖

## 妊娠或分娩後一年之女性員工健康情形自我評估表

(員工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊)

<b>一、基本資料</b>	
姓名：_____	年齡：_____歲 電話：_____
單位/部門名稱：_____	職稱：_____ 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) <input type="checkbox"/> 分娩後(分娩日期_____年_____月_____日) <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳	
<b>二、過去疾病史</b>	
<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_____	
<b>三、家族病史</b>	
<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_____	
<b>四、婦產科相關病史</b>	
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	
5. 其他_____	
<b>五、妊娠及分娩後風險因子評估</b>	
<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_____	
<b>六、自覺症狀</b>	
<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：_____	
備註：	

七-1、工作場所風險評估（ <b>妊娠中員工填答</b> ）			
危害分類	項目一：不得從事危害作業評估	是	否
化學性	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"/>
	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	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	項目二：採取保護措施後可從事危害作業評估	是	否
物理性	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	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	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"/>
	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"/>
	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	工作中長時間站立或靜坐或頻繁變換姿勢？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
項目一：勾選「是」時，請單位主管必須安排工作調整；項目二：勾選「是」時，員工需依學校規定採取保護措施。健促中心將依醫師評估決定，安排是否需要醫師進行個人面談指導。			
七-2、工作場所風險評估（ <b>分娩後員工填答</b> ）			
危害分類	項目一：不得從事危害作業評估	是	否
化學性	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"/>
	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"/>
危害分類	項目二：採取保護措施後可從事危害作業評估	是	否
人因性	*分娩後未滿六個月者 搬運 15 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"/>
	*分娩滿六個月但未滿一年者 搬運 30 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"/>
※項目一：勾選「是」時，請單位主管必須安排工作調整；項目二：勾選「是」時，需依規定採取防護措施，健促中心將依醫師評估決定，安排是否需要醫師進行個人面談指導。			
自評者	自評單位主管	職業安全衛生護理師	機關首長
		<input type="checkbox"/> 無從事危害作業 <input type="checkbox"/> 由臨場服務醫師評估風險等級 <input type="checkbox"/> 其他：	

\*本表經單位主管簽章後，交予職業安全衛生護理師留存\*

## 臺北市立大學妊娠中員工從事危害作業依學校規定保護措施說明

危害分類	採取保護措施後可從事危害作業	保護措施說明
物理性	是否從事游離輻射且輻射配章暴露劑量大於1毫西弗(法定安全限值一半)?	建議調離現職
人因性	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?	需請他人幫忙，不要獨立執行
工作壓力	工作性質輪班、夜間工作、經常加班、經常出差、獨自工作? 無法彈性調整工作或安排休假?	應調整孕婦工作時間，並提供適當休息、休假及產檢假。
	工作性質易受暴力攻擊?	1. 必要時應調整孕產婦之職務，避免獨自作業。 2. 若無法調整孕產婦之職務，雇主應該將孕婦或新產婦調至適當的新職務。
	工作性質屬工作負荷較大或常伴隨精神緊張?	提供壓力諮詢
	其他	工作中長時間站立或靜坐或頻繁變換姿勢?

臺北市立大學工作場所環境及作業危害評估表

危害類型	評估結果		
	有	無	可能有影響
<b>物理性危害</b>			
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. 工作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：_____			
<b>化學性危害</b>			
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：_____			
<b>生物性危害</b>			
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：_____			
<b>人因性危害</b>			
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：_____			
<b>工作壓力</b>			
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：_____			
<b>其他</b>			
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. 工作場所對於如廁、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：_____			
<b>評估結果(風險等級)</b>			
<input type="checkbox"/> 第一級管理 <input type="checkbox"/> 第二級管理 <input type="checkbox"/> 第三級管理			

**評估人員簽章及日期：**

受訪者：

受評估單位主管：

臨場健康服務醫師：

職業安全衛生護理師：

評估日期：\_\_\_\_\_

**臺北市立大學面談及工作適性安排建議表**  
(臨場健康服務醫師填寫)

姓名：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 歲；單位/部門名稱：\_\_\_\_\_ 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
<b>物理性危害</b>	<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：_____ 日 <input type="checkbox"/> 休假：__年__月__日至__年__月__日
	<input type="checkbox"/> 噪音TWA $\geq 85$ 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)	
<b>化學性危害</b>	<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，可參閱附錄一)	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：_____ 日 <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，可參閱附錄一)	
	<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)	
<b>生物性危害</b>	<input type="checkbox"/> 弓形蟲	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"/> 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	

		<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
人因性危害	<input type="checkbox"/> 人工重物處理	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"/> 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)	
工作壓力 /職場暴力	<input type="checkbox"/> 工作壓力	<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"/> 職場暴力	
其他	<input type="checkbox"/> 工作時間	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"/> 提供臨近浴廁 <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
	<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	
	<input type="checkbox"/> 未設置哺乳室	
<b>工作者面談指導及工作適性安排意願</b>		
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，及學校所採取之措施，本人同意接受下述之建議： <input type="checkbox"/> 維持原工作 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 調整工作時間 <input type="checkbox"/> 變更工作場所 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 簽名：_____		

面談醫師(含醫師字號)：\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

受評估單位主管簽章：\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

臺北市立大學  
 妊娠或分娩後一年健康及工作適性評估建議表

(由婦產科醫師填寫)

<b>一、基本資料</b>	
姓名：_____ 年齡：_____歲 出生年月日：____年____月____日	
<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 <sup>2</sup> ； 血壓：_____ mmHg	
<b>二、評估結果(請依評估情形勾選或敘明其他異常狀況)</b>	
<b>1. 本次懷孕問題：</b>	
(1) 孕吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明顯 <input type="checkbox"/> 劇吐	
(2) 貧血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 血紅素 < 9g/dL <input type="checkbox"/> 血紅素 < 12g/dL	
(3) 妊娠水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	
(4) 妊娠蛋白尿 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 24小時的尿蛋白質超過 300mg	
(5) 高血壓 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> >140/90mmHg 或妊娠後期之血壓比早期收縮壓高 30mmHg 或舒張壓升高 15mmHg	
(6) 妊娠毒血症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
(7) 其他問題	
<input type="checkbox"/> 迫切性流產（妊娠22週未滿） <input type="checkbox"/> 切迫性早產（妊娠22週以後） <input type="checkbox"/> 多胞胎妊娠	
<input type="checkbox"/> 羊水過少 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 早期子宮頸變薄（短） <input type="checkbox"/> 泌尿道感染	
<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剝離 <input type="checkbox"/> 陰道出血（14週以後）	
<input type="checkbox"/> 子宮收縮頻率過高（1小時超過4次以上） <input type="checkbox"/> 超音波檢查胎兒結構異常	
<input type="checkbox"/> 胎兒生長遲滯（>37 週且體重 ≤ 2500g） <input type="checkbox"/> 家族遺傳疾病或其他先天性異常	
(8) 其他症狀 <input type="checkbox"/> 靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 痔瘡 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 膀胱炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
<b>2. 分娩後子宮復舊與哺乳情形：</b>	
<input type="checkbox"/> 子宮復舊良好 <input type="checkbox"/> 子宮復舊不全，請敘明 _____	
<input type="checkbox"/> 哺乳情形，請敘明 _____	
<b>3. 其他檢查異常，請敘明：</b> _____	
<b>4. 健康評估結果：</b>	<b>5. 所採取措施或建議：</b>
<input type="checkbox"/> 所從事之工作或以上健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康。	<input type="checkbox"/> 定期追蹤檢查
<input type="checkbox"/> 所從事之工作或以上健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康。	<input type="checkbox"/> 提供孕期或產後健康指導
<input type="checkbox"/> 所從事之工作或以上健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康。	<input type="checkbox"/> 工作適性安排建議
	<input type="checkbox"/> 縮減工時或業務量
	<input type="checkbox"/> 變更工作場所或職務
	<input type="checkbox"/> 停止工作（休養）
	<input type="checkbox"/> 其他 _____
備註：1. 如無法開立此評估表，請將建議註記於孕婦健康手冊或另開立診斷書，提供雇主參考。	
2. 如對本工作適性評估或建議有疑慮，可再請職業醫學科醫師現場訪視，提供綜合之適性評估建議。	

醫療院所：\_\_\_\_\_ 婦產科醫師（含醫師字號：\_\_\_\_\_）

評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 臺北市立大學母性健康保護執行紀錄表

統計月份： 年 月

執行項目	執行結果 (人次或%)	備註 (改善情形)
危害辨識及評估	1.物理性危害_____項 2.化學性危害_____項 3.生物性危害_____項 4.人因性危害_____項 5.工作壓力_____項 6.其他_____ 7.風險等級_____ 8.危害告知方式與日期 _____	
保護對象之評估	1.懷孕女性員工共_____人 2.分娩後未滿一年共_____人 3.分娩滿一年仍持續哺乳期女性員工共_____人	
安排醫師面談及健康指導	1.需醫師面談者_____人 (1) 已完成共_____人 (2) 尚未完成共_____人 2.需觀察或進一步追蹤檢查者共 _____人 3.需進行醫療者_____人 4.需健康指導者_____人 (1) 已接受健康指導者_____人 (2) 未接受健康指導者_____人 5.需轉介適性評估者_____人 6.需定期追蹤管理者_____人	
適性工作安排	1.需調整或縮短工作時間 _____人 2.需變更工作者_____人 3.需給予休假共_____人 4.其他 _____人	
執行成效之評估及改善	1.定期產檢率_____ % 2.健康指導或促進達成率_____ % 3.環境改善情形：_____ 4. 其他 _____	
其他事項		

職業安全衛生護理師：\_\_\_\_\_

單位主管：\_\_\_\_\_