

中國文化大學

異常工作負荷促發疾病預防計畫

制定單位：環境保護暨職業安全衛生中心
中華民國 112 年 01 月

一、法令依據

依據職業安全衛生法(以下簡稱「職安法」)第6條第2項第2款及職業安全衛生設施規則第324條之2之規定訂定本計畫。

二、目的

為防止本校工作者因輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷促發疾病，特針對作業環境特性、工作形態等訂定本計畫，並據以執行，以確保相關工作者之身心健康。

三、名詞定義

- (一) 輪班工作：指該工作時間不定時輪替可能影響其睡眠之工作，如工作者輪換不同班別，包括早班、晚班或夜班工作。
- (二) 夜間工作：參考勞動基準法，為工作時間於午後十時至翌晨六時內，可能影響其睡眠之工作。
- (三) 長時間工作：延長工時達一定程度者。
- (四) 其他異常工作負荷：不規則的工作、經常出差的工作、工作環境(異常溫度環境、噪音、時差)及伴隨精神緊張之日常工作負荷與工作相關事件。

四、適用範圍與對象

中國文化大學全體工作者。

五、權責

- (一) 環境保護暨職業安全衛生中心：
 1. 擬訂、規劃、督導及推動本計畫，並指導有關部門實施。
 2. 依風險評估結果，協助計畫工作調整、更換，以及作業現場改善措施之執行。
 3. 預防傷害、疾病或其他危害之宣導及相關活動資訊。
 4. 成效評估考核。
- (二) 人事室
 1. 協助本計畫之規劃、推動與執行。
 2. 協助將輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷者名單進行造冊。
 3. 注意工時管控長時間工作之工作者。
- (三) 勞工健康服務醫護人員：
 1. 依工作者健康檢查數據，篩選出十年內罹患心血管疾病之風險估算值 $\geq 20\%$ 之名單。
 2. 依工作者填寫之異常工作負荷檢核表(附表2)，綜合評估出過負荷等級。
 3. 依過負荷等級，協助提出書面告知風險、健康指導、工作調整或更換等健康保護措施之適性評估與建議。
- (四) 各單位主管：

1. 負責本計畫之推動與執行。
2. 協助本計畫之風險評估。
3. 依風險評估結果，視情況協助工作者調整、更換工作及工作現場改善措施。
4. 配合臨場健康服務醫師諮詢工作者指導結果，採取維護工作者健康措施。

(五) 校內工作者：

1. 配合本計畫之參與及執行。
2. 配合本計畫之風險評估。
3. 配合健康服務醫師諮詢指導，執行工作調整與作業現場改善措施。
4. 本計畫為預防性之管理，若身體已有不適症狀應儘速就醫。

六、計畫項目與實施

異常工作負荷促發疾病之風險評估流程可依據相關流程進行如附圖 1。

(一) 工作者資料蒐集：

本校為教育服務業，潛在風險族群為可能輪班或夜間工作之駐衛警、夜間值班人員，或者長時間工作之研究人員等具過勞與壓力風險之同仁。潛在風險族群篩選條件如下：

1. 輪班工作：過於頻繁（一週或更短的時間輪一次班）的輪班。
2. 夜間工作：午後 10 時至翌晨 6 時之時間內工作者。
3. 長時間工作：係指下列情形之一者。
 - (1) 一個月內延長工時時數超過 100 小時。
 - (2) 二至六個月內，月平均延長工時時數超過 80 小時。
 - (3) 一至六個月，月平均延長工時時數超過 45 小時。
4. 高生（心）理負荷工作及處於特殊工作環境者：經常出差、下班後仍需待命之工作者。

由本校各單位收集並更新工作者基本資料、工作性質、工時等資料，經評估後可能為輪班、夜間、長時間工作類型或處於高生（心）理負荷工作及處於特殊工作環境者之工作者，將名單回報至環境保護暨職業安全衛生中心，並彙整潛在風險族群；再由醫護人員針對上述工作者篩選出高風險族群，進行個案管理並填寫「預防輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷促發疾病執行紀錄表」（附表 5）。

(二) 風險評估方法

1. 教師、職員與工讀生請各單位之主管填寫「異常工作負荷工作者之工時檢核表」（附表 1）；教學助理由指導老師填寫；研究助理則由研究計畫負責人填寫。透過個人風險因子及工作型態

與作業環境風險因子評估高風險群。完成「異常工作負荷檢核表」(附表 2)填寫，並送回環安衛中心。

2. 醫護人員依「異常工作負荷檢核表」(附表 2)結果，協助判定風險分級與面談建議，安排工作者進行健康指導。
3. 經面談後有需醫師諮詢之工作者，需填寫「過負荷評估問卷」(附表 3)，以利評估工作者健康情形。
4. 臨場健康服務醫師依勞工自評「異常工作負荷檢核表」(附表 2)之結果與評估「過負荷評估問卷」(附表 3)，運用「Framingham Cardiac Risk Score」面談後，依據評估和判定結果對於該員工實施生活、保健及就醫指導。
5. 臨場健康服務醫師依據面談指導結果提出必要之處置與相關措施，並填寫「面談結果及採行措施表」(附表 4)，校方應參照醫師所提出的必要處置，採取相關措施，並留存紀錄。
6. 醫護人員追蹤後，若發現工作者的健康不如預期發展或對工作者健康有疑慮，則必須聯繫該單位主管、工作者本人和醫師進行討論。

(三) 執行成效之評估及改善

異常工作負荷促發疾病預防計畫之執行情形與績效，應於環境保護暨職業安全衛生委員會定期檢討，並將「異常工作負荷促發疾病執行紀錄表」(附表5)回饋作為定期改善指標。

七、實施與修訂

本計畫經環境保護暨職業安全衛生委員會審核後實施，修訂時亦同。計畫執行紀錄或文件等應歸檔留存 3 年，並保障個人隱私權。每 3 年定期檢核本計畫內容或以最新公告指引進行修訂，修訂時亦同。本計畫未盡內容，適用本校其他規章。

八、相關資料

附圖 1 異常工作負荷促發疾病危害辨識及評估流程圖

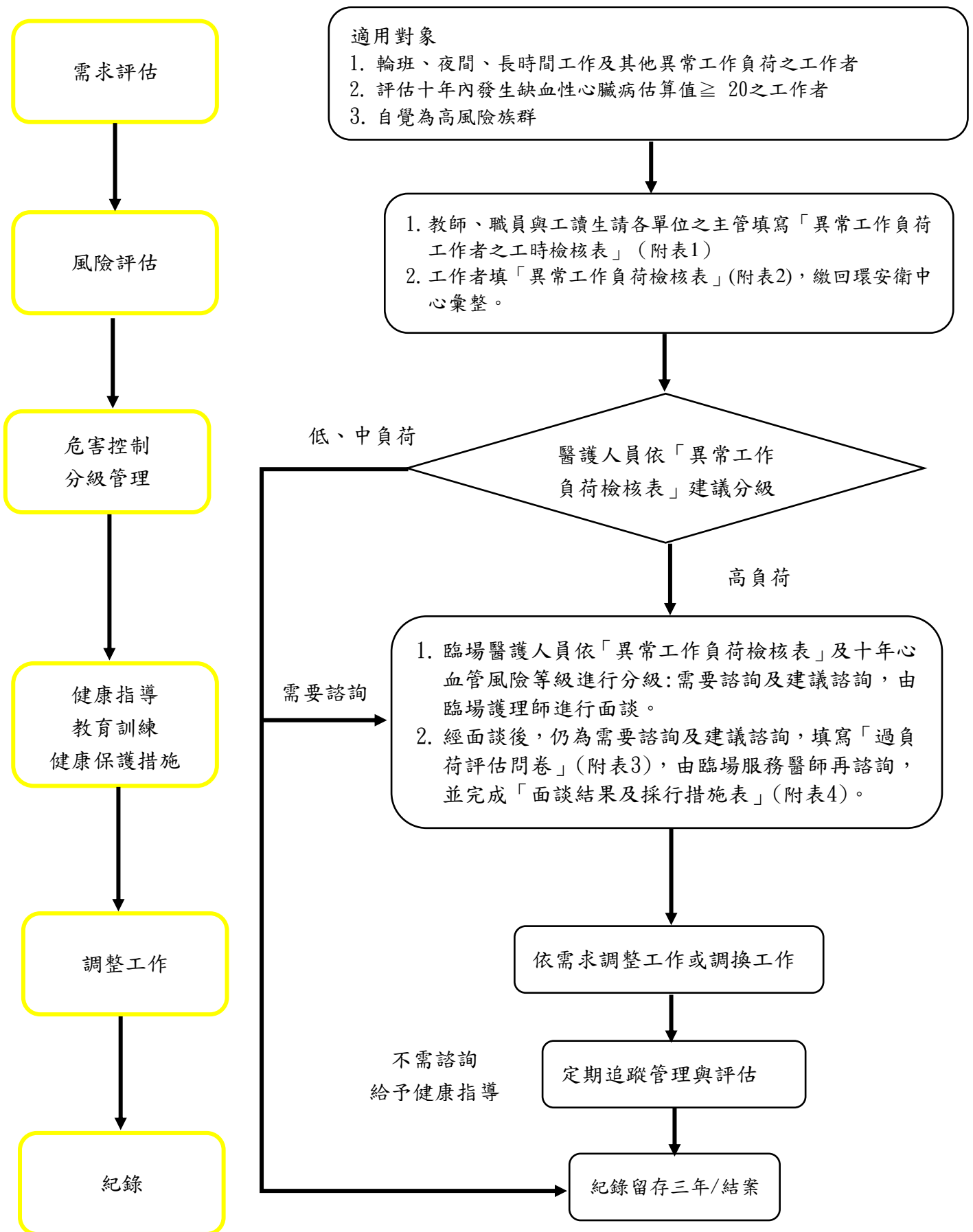
附表 1 異常工作負荷工作者之工時檢核表

附表 2 異常工作負荷檢核表

附表 3 過負荷評估問卷

附表 4 面談結果及採行措施表

附表 5 預防輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷促發疾病執行紀錄表



附圖 1 異常工作負荷促發疾病危害辨識及評估流程圖

附表 1

異常工作負荷工作者之工時檢核表

中國文化大學 學年第 學期異常工作負荷工作者工時檢核表														
單位	工作者編號	人員姓名	總工作時間						輪班工作	夜間工作	長時間工作			備註
			月	月	月	月	月	月	一週或更短的 時間輪一次班 的輪班工作者	午後十時至翌 晨六時之時間 內工作者。	一個月內 延長工時 時數超過 92 小時	近二至六個月 內，月平均延 長工時時數超 過 72 小時	近一至六個 月，月平均延 長工時時數超 過 37 小時	

註：若有出差或或下班後須待命進行視訊會議者之出差時間及視訊會議時間達長時間工作情形者，除進行工時檢核外，並請於備註欄註明之

填表人：_____ 單位二級主管：_____ 單位一級主管：_____

附表 2

異常工作負荷檢核表

填表日期：_____年_____月_____日

一、基本資料					
員編：	姓名：	生日：_____年_____月_____日			
任職單位：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	月平均延長工時：_____小時			
年資：_____年_____月	年齡：_____歲	抽煙： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已戒菸_____年			
慢性病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 其他：					
二、過勞量表					
(一)個人疲勞	總是 (100)	常常 (75)	有時候 (50)	不常 (25)	從未或 幾乎從未(0)
1. 你常覺得疲勞嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 你常覺得身體上體力透支嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 你常覺得情緒上心力交瘁嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 你常會覺得「我快要撐不下去了」嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 你常覺得精疲力竭嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 你常常覺得虛弱，好像快要生病了嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)工作疲勞	總是 (100)	常常 (75)	有時候 (50)	不常 (25)	從未或 幾乎從未(0)
1. 你的工作會令人情緒上心力交瘁嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 你的工作會讓你覺得快要累垮了嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 你的工作會讓你覺得挫折嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 工作一整天之後，你覺得精疲力竭嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 上班之前只要想到又要工作一整天，你就覺得沒力嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 上班時你會覺得每一刻都很難熬嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 不工作的時候，你有足夠的精力陪朋友或家人嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(0)	(25)	(50)	(75)	(100)
(三)心情溫度計	完全沒有 (0)	輕微 (1)	中等 (2)	厲害 (3)	非常厲害 (4)
1. 感覺緊張不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 覺得容易苦惱或動怒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 感覺憂鬱、心情低落	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 覺得比不上別人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 睡眠困難，譬如難以入睡、易睡或早醒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 有自殺的想法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、工作型態評估表

請依您目前的工作型態做勾選			說明
是	否	工作型態	
		不規律的工作	對預訂之工作排程或工作內容經常性變更或無法預估、常屬於事前臨時通知狀況。例如：工作時間安排，常為前一天或當天才被告知之情況。
		經常出差的工作	經常性出差，其具有時差、無法休憩、休息或適當住宿、長距離自行開車或往返兩地而無法恢復疲勞狀況。
		異常溫度環境	於低溫、高溫、高溫與低溫間交替、有明顯溫差之環境或場所間出入等。
		噪音	於超過 80 分貝的噪音環境暴露。
		時差	超過 5 小時以上的時差、於不同時差環境變更頻率頻繁。
		伴隨精神緊張的工作	日常工作處於高壓力狀態，如經常負責會威脅自己或他人生命、財產的危險性工作、處理高危險物質、需在一定期間內完成困難工作或處理客戶重大衝突或複雜的勞資紛爭等工作。

~~~~~以下由醫護人員填寫~~~~~

#### 一、心血管與過負荷風險判定

| 十年內腦、心血管疾病風險             |         |    | 風險程度               | 心情溫度計                                           |
|--------------------------|---------|----|--------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <10%    | 低  | 建議採取生活方式干預之預防      | <input type="checkbox"/> 正常：0-5 分               |
| <input type="checkbox"/> | 10%-20% | 中  | 至少每 6~12 個月追蹤其危險因子 | <input type="checkbox"/> 輕度困擾：6-9 分             |
| <input type="checkbox"/> | 20%-30% | 高  | 至少每 3~6 個月追蹤其危險因子  | <input type="checkbox"/> 中度困擾：10-14 分           |
| <input type="checkbox"/> | ≥30%    | 極高 | 至少每 1~3 個月追蹤其危險因子  | <input type="checkbox"/> 重度困擾：≥15 分或第 6 題大於 2 分 |

| 負荷分級 | 個人疲勞<br>(總分÷6)                                 | 工作疲勞<br>(總分÷7)                                 | 月平均<br>延長工時                       | 工作型態                              |
|------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 低負荷  | <50 分：輕微<br><input type="checkbox"/> _____ 分   | <45 分：輕微<br><input type="checkbox"/> _____ 分   | <input type="checkbox"/> <45 小時   | <input type="checkbox"/> 符合 0~1 項 |
| 中負荷  | 50-70 分：中等<br><input type="checkbox"/> _____ 分 | 45-60 分：中等<br><input type="checkbox"/> _____ 分 | <input type="checkbox"/> 45-80 小時 | <input type="checkbox"/> 符合 2~3 項 |
| 高負荷  | >70 分：嚴重<br><input type="checkbox"/> _____ 分   | >60 分：嚴重<br><input type="checkbox"/> _____ 分   | <input type="checkbox"/> >80 小時   | <input type="checkbox"/> 符合 ≥4 項  |

#### 二、風險分級與面談建議表

| 危害分級與諮詢建議 |   | 罹患心血管疾病風險 |      |      |
|-----------|---|-----------|------|------|
|           |   | 低         | 中    | 高    |
| 過勞風險      | 低 | 不需諮詢      | 不需諮詢 | 建議諮詢 |
|           | 中 | 不需諮詢      | 建議諮詢 | 需要諮詢 |
|           | 高 | 建議諮詢      | 需要諮詢 | 需要諮詢 |

➤ 綜合評估過負荷風險： 低負荷  中負荷  高負荷

➤ 判定結果： 不需諮詢  建議諮詢  需要諮詢

評估醫護人員：\_\_\_\_\_ 職業安全衛生人員：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



附表 3

## 過負荷評估問卷

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |      |                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一、基本資料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |      |                                                                                                                 |
| 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       | 填表日期 | 年 月 日                                                                                                           |
| 出生日期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日 | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                           |
| 工作部門                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | 婚姻狀態 | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 |
| 職 稱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 年 資  | 年 月                                                                                                             |
| 二、個人過去病史：(經醫師確定診斷，可複選)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |      |                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 心臟循環系統疾病( <input type="checkbox"/> 心絞痛 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 心導管支架手術 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心律不整<br><input type="checkbox"/> 曾接受冠狀動脈繞道手術 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈疾病接受藥物治療 <input type="checkbox"/> 其他_____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |      |                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 血脂肪異常<br><input type="checkbox"/> 睡眠相關呼吸疾病(如睡眠呼吸中止症) <input type="checkbox"/> 情感或心理疾病<br><input type="checkbox"/> 中樞神經系統疾病(如癲癇、脊椎疾病) <input type="checkbox"/> 聽力損失<br><input type="checkbox"/> 周邊神經系統疾病(如腕隧道症候群)<br><input type="checkbox"/> 眼睛疾病(不含可以矯正之近視或遠視)<br><input type="checkbox"/> 上肢或下肢疾病(如會導致關節僵硬、無力等症狀之疾病)<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 長期服藥，藥物名稱：<br><input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上均無                                                                                                                                                       |       |      |                                                                                                                 |
| 三、家族史：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |      |                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 一等親內的家屬(父母、祖父母、子女)男性於 55 歲、女性於 65 歲前發生狹心症或心絞痛<br><input type="checkbox"/> 家族中有中風病史<br><input type="checkbox"/> 其他：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |      |                                                                                                                 |
| 四、生活習慣史：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |      |                                                                                                                 |
| 1. 抽菸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(每天____包、共____年) <input type="checkbox"/> 已戒菸____年<br>2. 檳榔 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(每天____顆、共____年) <input type="checkbox"/> 已戒____年<br>3. 喝酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(總類：____頻率：____)<br>4. 用餐時間不正常 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是； 外食頻率 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一餐 <input type="checkbox"/> 兩餐 <input type="checkbox"/> 三餐<br>5. 自覺睡眠不足 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(工作日睡眠平均____小時；假日睡眠平均____小時)<br>6. 運動習慣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(每週____次、每次____分)<br>7. 其他：____ |       |      |                                                                                                                 |
| 五、健康檢查項目：(無此項目者或事業單位已掌握有勞工之健檢資料者免填寫)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |      |                                                                                                                 |
| 1. 身體質量數____(身高____公分；體重____公斤) 2. 腰圍____(M: <90 ; F: <80)<br>3. 血壓____(SBP:120/DBP:80). 4. 脈搏____次/分鐘<br>5. 空腹血糖____(<100mg/dL) 6. 三酸甘油脂____(<150 mg/dL)<br>7. 總膽固醇____(<200mg/dL) 8. 高密度膽固醇____(男性≥40mg/dL；女性≥50mg/dL)<br>9. 低密度膽固醇____(<100 mg/dL) 10. 尿蛋白____(陰性) 11. 尿潛血____(陰性)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |      |                                                                                                                 |

六、工作相關因素：(工作時數及輪班等資料可由人資部門提供)

1. 工作時數：平均每天\_\_\_\_\_小時；平均每週\_\_\_\_\_小時；平均每月加班\_\_\_\_\_小時
2. 工作班別：白班 夜班 輪班(定期 不定期；輪班方式：\_\_\_\_\_)
3. 工作環境(可複選)：無 噪音(\_\_\_\_\_分貝) 通風不良  
異常溫度(高溫約\_\_\_\_\_度；低溫約\_\_\_\_\_度)  
人因工程設計不良(如：座椅、震動、搬運等)
4. 日常伴隨緊張之工作負荷(可複選)  
經常負責會威脅自己或他人生命、財產的危險性工作  
有迴避危險責任的工作  
關乎人命、或可能左右他人一生重大判決的工作  
處理高危險物質的工作  
可能造成社會龐大損失責任的工作  
有過多或過分嚴苛的限時工作  
需在一定的期間內(如交期等)完成的困難工作  
負責處理客戶重大衝突或複雜的勞資紛爭  
無法獲得周遭理解或孤立無援狀況下的困難工作  
負責複雜困難的開發業務、或本院重建等工作  
以上皆無
5. 有無工作相關圖發異常事件(如近期發生車禍、車子於行駛中發生重大故障等)  
無 有(說明：\_\_\_\_\_)
6. 工作環境中有無組織文化、職場正義問題(如職場人際衝突、部門內部溝通管道不足等?)  
無 有(說明：\_\_\_\_\_)
7. 對預定之工作排程或工作內容經常性變更或無法預估、常屬於事前的通知狀況等?  
無 有(說明：\_\_\_\_\_)
8. 經常性出差，其具有時差、無法休憩、休息或適當住宿、長距離自行開車或往返兩地而無法恢復疲勞狀況等? 無 有(說明：\_\_\_\_\_)

七、非工作相關因素：

1. 家庭因素問題：無 有(說明：\_\_\_\_\_)
2. 經濟因素問題：無 有(說明：\_\_\_\_\_)

八、過負荷評估：

1. 心血管疾病風險：低度風險 中度風險 高度風險 極高風險 其他：
2. 工作負荷風險：低負荷 中負荷 高負荷 其他：
3. 過負荷綜合評估：低度風險 中度風險 高度風險 其他：

九、醫師建議：

評估醫師簽名：\_\_\_\_\_

實施日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附表 4

面談結果及採行措施表

| 面談指導結果                           |                                                                                                                |                                                                                                |                                                       |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 員工編號                             |                                                                                                                | 服務單位                                                                                           |                                                       |
| 姓名                               |                                                                                                                | 年齡_____歲                                                                                       | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 疲勞累積狀況                           | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 | 特殊<br>記載<br>事項                                                                                 |                                                       |
| 應顧慮的<br>身心狀況                     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                          |                                                                                                |                                                       |
| 判定<br>區分                         | 診斷區分                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 需觀察 <input type="checkbox"/> 需醫療         | 需採<br>取後<br>續相<br>關措<br>施否                            |
|                                  | 工作區分                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 一般工作 <input type="checkbox"/> 工作限制 <input type="checkbox"/> 需休假       |                                                       |
|                                  | 指導區分                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 不需指導 <input type="checkbox"/> 要健康指導<br><input type="checkbox"/> 需醫療指導 |                                                       |
| 採行措施建議                           |                                                                                                                |                                                                                                |                                                       |
| 工<br>作<br>採<br>取<br>措<br>施       | 調整工作<br>時間                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 限制加班，最多_____小時/月                                                      | <input type="checkbox"/> 減少輪班頻率                       |
|                                  |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 不宜繼續工作（指示休假、休養）                                                       | <input type="checkbox"/> 不宜加班                         |
|                                  |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 限制工作時間_____時_____分                                                    | <input type="checkbox"/> 其他                           |
|                                  | 變更工作                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 變更工作場所，請敘明：                                                           |                                                       |
|                                  |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 轉換工作，請敘明：                                                             |                                                       |
|                                  |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 減少大夜班次數，請敘明：                                                          |                                                       |
|                                  |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 轉換為白天的工作，請敘明：                                                         |                                                       |
| <input type="checkbox"/> 其他，請敘明： |                                                                                                                |                                                                                                |                                                       |
| 措施期間                             | _____日·週·月（下次面談預定日_____年_____月_____日）                                                                          |                                                                                                |                                                       |
| 建議就醫                             |                                                                                                                |                                                                                                |                                                       |
| 備註                               |                                                                                                                |                                                                                                |                                                       |

部門主管：

人資單位人員簽名：

職業安全衛生人員簽名：

評估醫師簽名：

實施日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附表 4 預防輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷促發疾病執行紀錄表

日期： 年 月 日

| 執行項目             | 執行結果（人次或%）                                                                                                          | 備註（改善情形） |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 辨識及評估高風險群        | 具異常工作負荷促發疾病高風險者_____人                                                                                               |          |
| 安排醫師面談及健康指導      | 1 需醫師面談者_____人<br>1.1 需觀察或進一步追蹤檢查者 _____人<br>1.2 需進行醫療者_____人<br>2 需健康指導者_____人<br>3 已接受健康指導者_____人                 |          |
| 調整或縮短工作時間及更換工作內容 | 1 需調整或縮短工作時間 _____人<br>2 需變更工作者_____人                                                                               |          |
| 實施健康檢查、管理及促進     | 1 應實施健康檢查者_____人<br>1.1 實際受檢者_____人<br>1.2 檢查結果異常者____人<br>1.3 需複檢者 _____人<br>2 應定期追蹤管理者_____人<br>3 參加健康促進活動者_____人 |          |
| 執行成效之評估及改善       | 1 參與健康檢查率_____ %<br>2 健康促進達成率_____ %<br>3 與上一次健康檢查異常結果項目比較，異檢率_____ %<br>(上升或下降)<br>4 環境改善情形：(環測結果)                 |          |
| 其他事項             |                                                                                                                     |          |

醫護人員：

環安衛中心主任：