

溫馨祝福您

好孕禮物袋

Happy pregnancy



對象：懷孕者與
分娩一年內者

歡迎至環安衛中心索取

承辦：王嘉雯 護理師

分機：3063

email：146278@mail.fju.edu.tw

一、依據「職業安全衛生法」、「女性勞工母性健康保護實施辦法」規定辦理。

二、適用對象：本校女性教職員工目前已妊娠者及分娩後一年內教職員工。

三、符合上述同仁填寫自評表後，可攜帶自評表至環安衛中心領取一份禮物袋。

四、承辦單位：環安衛中心， 文護理師， 分機：E-mail: j-anil.fju.edu.tw

六、自評表填寫後，各皆屬健康管理之用，不挪為他用，敬請安心如實填報。



附件二、作業場所危害評估環境及母性健康保護採行措施表

一、作業場所基本資料			
部門名稱：			
作業型態： ☐ 常日班 ☐ 輪班 ☐ 行政作業 ☐ 實驗室作業 ☐ 其他：			
二、作業場所危害類型			評估結果
物理性危害			有 無 可能
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. 作業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：_____			
化學性危害			
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：_____			
生物性危害			
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：_____			
人因性危害			
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			

危害類型	評估結果		
	有	無	可能有影響
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：_____			
工作壓力			
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：_____			
其他			
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. 作業場所對於如廁、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：_____			

三、風險等級(以下由職業安全衛生人員會同勞工健康服務醫護人員填寫)

☐ 第一級管理 ☐ 第二級管理 ☐ 第三級管理

四、改善及管理措施

1. 工程控制

☐ 製程改善，請敘明：

☐ 設置通風換氣設備，請敘明：

☐其他，請敘明：

☐暫無改善建議

2.行政管理

☐工時調整，請敘明：

☐職務或工作調整，請敘明：

☐其他，請敘明：

☐暫無管理措施建議

3.使用防護具，請敘明：

4.其他採行措施，請敘明：

五、執行人員及日期：(依實際執行者簽名)

☐職業安全衛生人員：_____

☐勞工健康服務護理人員：_____

☐臨場服務醫師：_____

☐人事室：_____

☐員工：_____

評估日期：_____

附件三、妊娠及分娩後未滿一年之母性教職員工健康情形自我評估表

(由本人填寫，可參閱孕婦健康手冊)

一、基本資料
姓名：_____ 年齡：____歲 單位/部門名稱：_____ 職務：_____ 目前班別：_____
☐ 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） ☐ 分娩後（分娩日期____年____月____日） ☐ 哺乳 ☐ 未哺乳
二、過去疾病史
☐ 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_____
三、家族病史
☐ 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_____
四、婦產科相關病史
1.免疫狀況（曾接受疫苗注射或具有抗體）： ☐ B型肝炎 ☐ 水痘 ☐ 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： ☐ 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_____
五、妊娠及分娩後風險因子評估
☐ 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_____
六、自覺徵狀
☐ 無 ☐ 出血 ☐ 腹痛 ☐ 痙攣 ☐ 其他症狀：_____
備註：