

# ✿ 溫馨提醒：孕期的快樂，從這裡開始！✿

## 歡迎索取『溫馨輔大~好孕連連』禮物袋

嗨，親愛的校內女性教職員工！

在這裡，環安衛中心更關心您的健康和幸福。為了維護校內的安全環境，本中心推動母性健康保護計畫，讓您的身心健康繼續綻放！

### 【活動目的】：

我們的目標很簡單 - 推動職場健康！我們要為所有懷孕的女性教職員工制定特別的保護計畫，確保您在這特殊的生命時刻獲得充分的關心和支持。

### 【適用對象】：

如果您是一名懷孕中的教職員工，或者分娩後不滿一年，這個計畫就是為您而設！每位同仁只能獲得一份禮物袋，由於數量有限，記得要踴躍參加哦！

### 【活動辦法】：

只需填寫評估表，確認您符合資格，然後攜帶表格來環安衛中心領取您的母性健康禮物袋。就是這麼簡單！

### 【承辦單位】：

不要猶豫，聯絡我們的環安衛中心，王嘉雯護理師將為您提供協助。

分機：3063

Email：146278@mail.fju.edu.tw

### 【注意事項】：

您填寫的評估表內容純粹用於健康管理，絕對不會被用於其他用途，請安心如實填寫。

禮物袋內容會隨機抽樣，圖示僅供參考，但我們保證內容將充滿驚喜！

我們瞭解作為女性教職員工，您承擔著多重角色，這是您的付出和辛勞值得的關心和珍視。讓我們在這特別的時刻，為您提供些微小的關懷，讓您的孕期充滿幸福和愛！

如果您有任何問題或需要協助，請立刻聯繫我們的環安衛中心，我們期待著為您提供支持和關懷。

一同享受懷孕的喜悅，為新生命的到來締造一個健康快樂的開始！

受文 如正、副本  
者：

發文日期：110年01月05日



發文字號：輔政環字第1100000134號

送 別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附 件：(1件)健康自評表 1091205574\_1\_ATTCHI.docx

主旨：歡迎本校教職員工適用對象者索取好孕禮物袋，請查照。  
說明：

- 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好孕禮物袋。
- 四、承辦單位：環安衛中心， 護理師，，E-mail: [j...@mil.fju.edu.tw](mailto:j...@mil.fju.edu.tw)
- 六、自評表填寫內容皆屬健康管理之用，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： <input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 行政作業 <input type="checkbox"/> 實驗室作業 <input type="checkbox"/> 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：_____			
<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. 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)

<b>一、基本資料</b>
姓名：_____ 年齡：____歲 單位/部門名稱：_____ 職務：_____ 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、自覺徵狀</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：