

一、基本資料					
姓 名		年 齡		分 機	
單 位		員 編		手 機	
職 稱		班 別	☐ 常日班 ☐ 輪班 ☐ 其他:		
作業場所	☐ 校本 ☐ 南大_____館_____室; 其他地點_____				
工作內容					
身高: _____公分; 體重: _____公斤; 身體質量指數(BMI): _____kg/m ²					
妊娠情形: ☐ 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、健康問題及工作適性安排建議					
1. 健康問題 ☐ 無, 大致正常 ☐ 有, 請敘明診斷或不適症狀 2. 管理分級 ☐ 第一級管理(所從事工作或健康問題, 無害母體、胎兒或嬰兒健康) ☐ 第二級管理(所從事工作或健康問題, 可能影響母體、胎兒或嬰兒健康) ☐ 第三級管理(所從事工作或健康問題, 會危害母體、胎兒或嬰兒健康) 3. 工作適性安排建議 ☐ 可繼續從事目前工作 ☐ 可繼續從事工作, 但須考量下列條件限制: ☐ (1)變更工作場所: ☐ (2)變更職務: ☐ (3)縮減職務量: ☐ 縮減工作時間: ☐ 縮減業務量: ☐ (4)限制加班(不得超過_____小時/天) ☐ (5)周末或假日之工作限制(每月_____次) ☐ (6)出差之限制(每月_____次) ☐ (7)夜班工作之限制(輪班工作者)(每月_____次) ☐ 不可繼續工作, 宜休養(休養期間: 敘明時間) ☐ 不可繼續工作, 需住院觀察 ☐ 其他具體之工作調整或生活建議(包括工作調整或異動、追蹤或職場對應方法、飲食等詳細之建議內容: _____)					
評估醫師(含醫師字號), 簽名 _____ 受評者(本人同意接受上述評估結果), 簽名 _____ 工作場所負責人/單位主管, 簽名 _____ 評估日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日					
備註:請先完成本校「母性健康保護計畫對象工作場所環境及作業危害評估表」, 並提供最近一次之健康檢查、作業環境監測紀錄及危害暴露情形等資料, 交予評估醫師。					