

# ○○○公司勞工健康指導暨工作調整評估報告書

部門	職稱	員工編號	姓名	性別	出生日期	年齡
				男·女	年 月 日	歲
普通疾病(心·身)		職場復歸	健康檢查後處置 1. 高風險：過勞(三高/冠心症/中風)/癌症 2. 分級管理：游離輻射/噪音			
診斷名稱			醫療機構名稱			
面談參與人員			面談日期		年 月 日	
工作內容概要 (單位填寫)						
健康狀況概要 (職護填寫)						
醫師面談概要 (含與單位主管協議內容)						
指 導 區 分	<b>醫療或健康指導</b> <input type="checkbox"/> 1. 需要接受治療 <input type="checkbox"/> 2. 須要追蹤觀察 <input type="checkbox"/> 3. 須要接受飲食及生活習慣等衛教指導 <input type="checkbox"/> 4. 不須要接受治療 <input type="checkbox"/> 5. 個人防護具_____使用					
	<b>工作調整指導</b> <input type="checkbox"/> 1. 可繼續工作(工作調整期間：20 年 月 日~20 年 月 日) <input type="checkbox"/> 1). 可繼續從事原來的工作 <input type="checkbox"/> 2). 可從事接近日常之工作內容 <input type="checkbox"/> 2. 可從事符合下列條件限制之工作(包含超時或假日工作、或禁止出差) <input type="checkbox"/> 1). 變更工作場所： <input type="checkbox"/> 2). 變更職務： <input type="checkbox"/> 3). 縮減職務量： <input type="checkbox"/> 縮減工作時間： <input type="checkbox"/> 縮減業務量： <input type="checkbox"/> 4). 加班工作之限制(每日 小時/每天加班： <input type="checkbox"/> 禁止 · <input type="checkbox"/> 可) <input type="checkbox"/> 5). 周末或假日之工作限制(每月 次) <input type="checkbox"/> 6). 出差之限制(每月 次) <input type="checkbox"/> 7). 夜班工作之限制(輪班工作者)(每月 次) <input type="checkbox"/> 3. 不可繼續工作(休假期間：20 年 月 日~20 年 月 日) <input type="checkbox"/> 4. 其它具體之工作調整建議(包括工作調整或異動、追蹤或職場對應方法等詳細之工作調整內容)					
健康服務醫師		工安組				
工作調整、健康關懷與指導之具體內容 (部門主管填寫)		(包括工作調整或異動、追蹤或職場對應方法等詳細之工作調整內容)				
部門主管						
單位主管						

正本醫務室收存，影本由主辦單位、員工收存