

## 環境及職業醫學科門診評估表

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_年\_\_月\_\_日 性別：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

### 求診目的：

- 航空體檢 適航評估 三級複檢 職業(傷)病鑑定 請假診斷書 復工評估 選配工評估  
其他諮詢：\_\_\_\_\_

### 現病史(請描述與此次傷病相關之主要症狀過程)：

請提供與此次傷病相關之主要就醫經歷(如:就醫期間、就診醫院、檢查結果、治療方式)

### 環境暴露及職業史：

1. 曾經從事\_\_\_\_\_，起始日期：\_\_年\_\_月，截止日期：\_\_年\_\_月，共\_\_年\_\_月
  2. 目前從事\_\_\_\_\_，起始日期：\_\_年\_\_月，截止日期：\_\_年\_\_月，共\_\_年\_\_月
  3. 過去1個月，平均每週工時為：\_\_小時；過去6個月，平均每週工時：\_\_小時
  4. 與本次疾病相關之工作內容：\_\_\_\_\_
  5. 本次職業傷病類型：執行職務 上下班事故 公出事故 職業病 其他
  6. 職業危害暴露種類：\_\_\_\_\_；工作暴露時間：\_\_\_\_\_
  7. 特殊作業環境：無 高溫作業 噪音作業 游離輻射作業 異常氣壓作業  
高架作業 精密作業 粉塵作業 有機溶劑作業 特殊化學物質作業\_\_\_\_\_
  - 振動作業 密閉空間作業 輪班作業 無塵室作業 其他\_\_\_\_\_
  8. 工作時是否使用防護具：\_\_\_\_\_；平均10次使用\_\_次
  9. 與本次傷病相關之職業場所總人數：\_\_\_\_\_人；有相同病症人數：\_\_\_\_\_人
- 工作場所評估：\_\_\_\_\_
- 投保狀態：勞保(投保單位：\_\_\_\_\_) 工保 農保 漁保 健保 其他\_\_\_\_\_

### 目前工作狀況：

- 有工作 原公司原職務 原公司不同職務 不同公司原職務 不同公司不同職務  
請病假中 留職停薪中 請工傷假中 無工作 退休 勞資爭議 自動離職  
其他\_\_\_\_\_

### 過敏史：

### 用藥史：

### 過去病史：

- 高血壓 糖尿病 心臟病 癌症\_\_\_\_\_ 白內障 中風 癲癇 氣喘  
慢性氣管炎 肺氣腫 肺結核 腎臟病 肝病 貧血 中耳炎  
聽力障礙 甲狀腺疾病 消化性潰瘍、胃炎 逆流性食道炎  
骨折 手術開刀(部位：\_\_\_\_\_) 其他慢性病\_\_\_\_\_

## 環境及職業醫學科門診評估表

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_年\_\_月\_\_日 性別：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

### 生活習慣：

- 過去一個月內是否有吸菸？未曾吸菸 平均每天吸\_\_\_\_\_支，已吸菸\_\_\_\_\_年  
戒了\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月
- 最近六個月是否有嚼食檳榔？未曾嚼食檳榔 平均每天嚼\_\_\_\_\_顆，已嚼\_\_\_\_\_年 已經戒食，戒了\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月
- 過去一個月內是否有喝酒？幾乎喝酒 平均每週喝\_\_天，最常喝\_\_酒，每天\_\_瓶 已經戒酒，戒了\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月
- 用餐習慣：固定時間用餐 經常不固定
- 自覺睡眠不足：否 是，工作每日睡眠平均\_\_\_\_\_小時，假日睡眠平均\_\_\_\_\_小時
- 運動習慣：無 有，每週\_\_\_\_\_次，每次\_\_\_\_\_分鐘
- 其他：\_\_\_\_\_

### 自評工作能力：

- 假設您的工作能力在最好的狀況為 10 分，您給目前工作能力打幾分？  
(0 分表示目前完全無法工作)請勾選最適合的分數。

0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

完全不  
能工作

工作能  
力最佳

- 請依據您工作需求回答下列 2 題

項目	(5)很好	(4)好	(3)普通	(2)不好	(1)很不好
1. 依您目前工作所需要的 <b>體力需求</b> 來衡量您的工 作能力(說明 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 依您目前工作所需要的 <b>心力需求</b> 來衡量您的工 作能力(說明 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

說明 1：您目前的工作內容會有一定的基本體力要求，例如：搬運、遞送、駕駛、行走...之類，以此為基準來看您的工作能力

說明 2：您目前的工作內容會有一定的基本心力/腦力要求，例如：思考、記憶、創新、溝通、社交互動...之類，以此為基準來看您的工作能力

- 請勾選您現有或曾經經醫師確定或治療的疾病或傷害

因事故導致的傷 害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選，可複選) 01 <input type="checkbox"/> 背部      02 <input type="checkbox"/> 手臂或手部      03 <input type="checkbox"/> 腿或腳 04 <input type="checkbox"/> 身體其他部位：_____何種傷害：_____
--------------	-------------------------------	--

## 環境及職業醫學科門診評估表

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_年\_\_月\_\_日 性別：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

肌肉骨骼疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 05□上背或頸椎的問題,重複發生的疼痛 06□下背部的問題,重複發生的疼痛 07□從背部傳到腿部的疼痛(坐骨神經痛) 08□肌肉骨骼問題影響到四肢(手、腳),重複發生的疼痛 09□類風濕性關節炎 10□其它肌肉骨骼問題:_____
心血管疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 11□高血壓 12□冠狀動脈心臟病、運動時心痛(心絞痛) 13□冠狀動脈血栓,心肌梗塞 14□心臟功能不全 15□其它心血管疾病:_____
呼吸系統疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 16□反複的呼吸道感染(包含扁桃腺炎、急性鼻竇炎、急性支氣管炎) 17□慢性支氣管炎 18□慢性鼻竇炎 19□支氣管性氣喘
心理健康問題	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 23□精神疾病或嚴重心理健康問題(如嚴重憂鬱症、心理困擾) 24□輕微心理疾病或問題(如輕微憂鬱、緊張、焦慮、失眠)
神經系統和感覺器官疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 25□聽覺問題或傷害 26□視覺疾病或傷害(不包括近視、遠視) 27□神經系統疾病(如中風、神經痛、偏頭痛、癲癇) 28□其他神經系統和感覺器官疾病:_____
消化系統疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 29□膽結石或膽囊疾病 30□肝臟或胰臟及疾病 31□胃潰瘍或十二指腸潰瘍 32□胃炎或十二指腸不適
生殖泌尿器官疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 35□尿道感染 36□腎臟疾病 37□生殖系統疾病(如女性輸卵管或男性的前列腺感染) 38□其他生殖泌尿系統疾病:_____
皮膚疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 39□過敏性皮炎或紅斑 40□其他疹子:_____ 41□其他皮膚疾病:_____
腫瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 42□良性腫瘤 43□惡性腫瘤(癌症),部位:_____
內分泌或代謝疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 44□肥胖 45□糖尿病 46□甲狀腺腫大或其他甲狀腺疾病 47□其它內分泌或代謝疾病:_____
血液疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請勾選下列項目(可複選)(經醫師診治才勾選,可複選) 47□貧血 48□其他血液問題:
先天缺陷	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請寫出所有經醫師診治的先天缺陷診斷名稱:
其它問題或疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有->請寫出所有經醫師診治的其他問題或疾病:

## 環境及職業醫學科門診評估表

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_年\_\_月\_\_日 性別：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

4. 您的疾病或傷害，對您工作的影響為何？

1.  沒有任何影響/我沒有任何疾病
2.  會引起一些症狀，但可以工作
3.  有時候需放慢工作節奏或改變工作方式
4.  經常需放慢工作節奏或改變工作方式
5.  因為疾病，我覺得只能做兼職的工作
6.  自己覺得完全不能工作

5. 最近 12 個月，您曾經因為健康問題(生病、治療或醫療檢查)整天請假(或無法工作)共多少天？

1.  0 天
2.  1~9 天(天數\_\_\_\_\_)
3.  10~24 天(天數\_\_\_\_\_)
4.  25~99 天(天數\_\_\_\_\_)
5.  100~365 天(天數\_\_\_\_\_)

6. 以您的健康狀況衡量，您目前的工作還可以繼續從事兩年嗎？

1.  不太可能
2.  不確定
3.  應該可以

7. 請依據您最近的感受回答下列各題

項目	(4)總是	(3)常常	(2)有時	(1)很少	(0)從不
1. 您最近都能輕鬆地從事日常活動嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您最近很有活力且有警覺性嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您最近對未來充滿希望嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>