

格式三

臨場健康服務執行紀錄表

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------|---------|---|---|---|--|--|--|
| 一、作業場所基本資料 | | | | | | | | | |
| 事業單位名稱： _____ 部門名稱： _____ | | | | | | | | | |
| 作業人員 | <input type="checkbox"/> 行政人員：男 _____ 人；女 _____ 人； <input type="checkbox"/> 現場操作人員：男 _____ 人；女 _____ 人 | | | | | | | | |
| 作業類別與人數 | <input type="checkbox"/> 一般作業：人數： _____ <input type="checkbox"/> 特別危害健康作業：類別： _____ 人數： _____ | | | | | | | | |
| 二、作業場所與勞動條件概況：工作流程(製程)、工作型態與時間、人員及危害特性概述 | | | | | | | | | |
| 三、臨場健康服務執行情形(列舉勞工健康保護規則第九條至第十三條事項，可複選)： <p>(一) 辦理事項</p> <input type="checkbox"/> 勞工體格(健康)檢查結果之分析與評估。 <input type="checkbox"/> 協助選配勞工從事適當之工作： _____ 名。 <input type="checkbox"/> 健康檢查結果異常者之追蹤管理及健康指導： _____ 名。 <input type="checkbox"/> 職業健康相關高風險勞工之評估及個案管理： _____ 名。 <input type="checkbox"/> 勞工健康教育、衛生指導、身心健康保護等措施之策劃及實施。 <input type="checkbox"/> 工作相關傷病之預防、健康諮詢： _____ 名。 <input type="checkbox"/> 協助辨識與評估工作場所環境、作業及組織內部影響勞工身心健康之危害因子，並提出改善措施或改善規劃之建議。 <input type="checkbox"/> 協助調查勞工健康情形與作業之關連性。 <input type="checkbox"/> 協助提供復工勞工之職能評估、職務再設計或調整之諮詢及建議。 <input type="checkbox"/> 其他： _____ | | | | | | | | | |
| (二) 發現問題 | | | | | | | | | |
| 四、改善及建議採行措施：(針對發現問題所採行之措施) | | | | | | | | | |
| 五、對於前次建議改善事項之追蹤辦理情形： | | | | | | | | | |
| 六、執行人員及日期(僅就當次實際執行者簽章) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>特約機構人員：</td> <td>事業單位人員：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>勞工健康服務之醫師，簽章 _____</td> <td><input type="checkbox"/>專職僱用勞工健康服務之護理人員，簽章 _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>勞工健康服務之護理人員，簽章 _____</td> <td><input type="checkbox"/>職業安全衛生人員，簽章 _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>勞工健康服務相關人員，簽章 _____</td> <td><input type="checkbox"/>人力資源管理人員，簽章 _____</td> </tr> </table> | | 特約機構人員： | 事業單位人員： | <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之醫師，簽章 _____ | <input type="checkbox"/> 專職僱用勞工健康服務之護理人員，簽章 _____ | <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之護理人員，簽章 _____ | <input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽章 _____ | <input type="checkbox"/> 勞工健康服務相關人員，簽章 _____ | <input type="checkbox"/> 人力資源管理人員，簽章 _____ |
| 特約機構人員： | 事業單位人員： | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之醫師，簽章 _____ | <input type="checkbox"/> 專職僱用勞工健康服務之護理人員，簽章 _____ | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之護理人員，簽章 _____ | <input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽章 _____ | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 勞工健康服務相關人員，簽章 _____ | <input type="checkbox"/> 人力資源管理人員，簽章 _____ | | | | | | | | |

部門名稱_____，主管職稱_____，簽章_____

執行日期：____年____月____日 時間：____時____分迄____時____分

備註：

- 1.請至補助系統線上填報第一及第二大項(第三、第四及第五大項線上填報或手寫均可)，列印紙本完成簽章後，掃描紀錄表電子檔上傳至系統。
- 2.第六項之簽章，應為各該人員親簽或依電子簽章法規定之電子簽章。
- 3.紙張格式：A4