

工作適能評估表

姓名		年齡		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	到職日		
工作內容(單位、職稱、工作描述、工作時間)				
目前從事工作，是否屬下列作業？				
<input type="checkbox"/> 特別危害健康作業：_____				
<input type="checkbox"/> 夜班/輪班/長時間作業 <input type="checkbox"/> 低溫作業				
<input type="checkbox"/> 高架作業 <input type="checkbox"/> 精密作業 <input type="checkbox"/> 重體力勞動作業				
健康檢查結果				
一般健康檢查結果 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____				
特殊健康檢查管理分級 <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級 <input type="checkbox"/> 四級管理				
健康檢查結果是否影響工作？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				
疾病/手術/藥物	疾病名稱/ 健康狀態	是否影響工作		
		否	是，工作調整建議	待評估
手術				
肌肉骨骼疾病				
心血管疾病				
呼吸系統疾病				
神經系統感覺疾 病				
心理健康疾病				
消化系統疾病				
泌尿生殖器官疾 病				
內分泌系統疾病				
血液疾病				
癌症疾病				
皮膚疾病				

先天性疾病				
其他疾病/傷害				
藥物				
健康狀態評估 -視覺 -聽覺 -平衡感 -肌耐力 -反應力				
工作適能評估結果 <input type="checkbox"/> 適任 <input type="checkbox"/> 調整工作後評估 <input type="checkbox"/> 不適任，建議：_____				
預防及改善措施 <input type="checkbox"/> 作業環境改善：_____				
<input type="checkbox"/> 工作無需調整，可從事原工作 <input type="checkbox"/> 工作需調整，從事限制工作				
<input type="checkbox"/> 變更工作場所 <input type="checkbox"/> 變更工作內容/職務 <input type="checkbox"/> 縮減工作時間 <input type="checkbox"/> 縮減工作量				
<input type="checkbox"/> 職能訓練 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
醫 師		護 理 人 員		
評 估 日 期		下 次 評 估 日 期		