

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十條至第十二條事項，可複選）： <ul style="list-style-type: none"> <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： _____ 											
四、改善及建議採行措施：											
五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽章） <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">特約機構人員：</td> <td style="width: 50%;">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> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>其他，部門名稱 _____，職稱 _____，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 _____		<input type="checkbox"/> 其他，部門名稱 _____，職稱 _____，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 _____										
	<input type="checkbox"/> 其他，部門名稱 _____，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(第三及第四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 PDF 檔上傳至系統。
- 2.紙張格式：A4