

**妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性安排建議表** 109.10 修訂

<b>一、基本資料</b>	
姓名：	年齡：
<input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週；預產期____年____月____日 <input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期____年____月____日） <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳 <input type="checkbox"/> 身高：____公分； 體重：____公斤； BMI：____； 血壓：____mmHg <input type="checkbox"/> 工作職稱/內容：	
<b>二、健康問題及工作適性安排建議</b>	
1. 健康問題	
<input type="checkbox"/> 無，大致正常 <input type="checkbox"/> 有，請敘明診斷或不適症狀	
2. 管理分級	
<input type="checkbox"/> 第一級管理（所從事工作或健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康） <input type="checkbox"/> 第二級管理（所從事工作或健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康） <input type="checkbox"/> 第三級管理（所從事工作或健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康）	
3. 工作適性安排建議	
<input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作 <input type="checkbox"/> 可繼續從事工作，但須考量下列條件限制：	
<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) 限制加班（不得超過____小時／天） <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"/> 不可繼續工作，宜休養（休養期間：敘明時間） <input type="checkbox"/> 不可繼續工作，需住院觀察 <input type="checkbox"/> 其他具體之工作調整或生活建議 （包括工作調整或異動、追蹤或職場對應方法、飲食等詳細之建議內容：____）	
醫師（含醫師字號）：	執行日期： 年 月 日

## 妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性安排建議表 109.10 修訂

本人 已於 年 月 日 與 面談，並已清楚所處作業環境對健康之影響，及公司所採取之措施，本人同意接受下述之建議：

維持原工作 調整職務 調整工作時間 變更工作場所 其他

勞工簽名：