

醫師判定是否接受過負荷諮詢表

員工姓名：_____

一、心血管與過負荷風險判定																									
1. 血壓： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 第一期高血壓 <input type="checkbox"/> 第二期高血壓 <input type="checkbox"/> 第三期高血壓	十年內腦、心血管疾病風險	風險程度																							
	<10%	風險程度低。建議採取生活方式干預之預防。																							
	10%-20%	屬於中度風險。需每 6-12 個月追蹤其危險因子																							
2. 其他危險因子： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1-2 個 <input type="checkbox"/> 2-3 個	≥20%	屬於高度風險。需每 3-6 個月追蹤其危險因子																							
→ 心血管疾病風險 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高																									
3. 個人疲勞分數 _____	疲勞度	個人相關過勞分數	工作相關過勞分數	一個月加班時數																					
	低負荷	<50: 過勞程度輕微	<45: 過勞程度輕微	<40 小時																					
4. 工作疲勞分數 _____	中負荷	50-70: 過勞程度中等	45-60: 過勞程度中等	40-80 小時																					
	高負荷	>70: 過勞程度嚴重	>60: 過勞程度嚴重	>80 小時																					
→ 過負荷危害風險 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高																									
二、接受醫師諮詢																									
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2" style="padding: 5px;">危害分級 與諮詢建議</th> <th colspan="3" style="padding: 5px;">罹患心血管疾病風險</th> </tr> <tr> <th style="padding: 5px;">低</th> <th style="padding: 5px;">中</th> <th style="padding: 5px;">高</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="padding: 5px; text-align: left;">過勞風險</td> <td style="padding: 5px;">低</td> <td style="padding: 5px;">不需諮詢</td> <td style="padding: 5px;">不需諮詢</td> <td style="padding: 5px;">建議諮詢</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">中</td> <td style="padding: 5px;">不需諮詢</td> <td style="padding: 5px;">建議諮詢</td> <td style="padding: 5px;">需要諮詢</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">高</td> <td style="padding: 5px;">建議諮詢</td> <td style="padding: 5px;">需要諮詢</td> <td style="padding: 5px;">需要諮詢</td> </tr> </tbody> </table>					危害分級 與諮詢建議		罹患心血管疾病風險			低	中	高	過勞風險	低	不需諮詢	不需諮詢	建議諮詢	中	不需諮詢	建議諮詢	需要諮詢	高	建議諮詢	需要諮詢	需要諮詢
危害分級 與諮詢建議		罹患心血管疾病風險																							
		低	中	高																					
過勞風險	低	不需諮詢	不需諮詢	建議諮詢																					
	中	不需諮詢	建議諮詢	需要諮詢																					
	高	建議諮詢	需要諮詢	需要諮詢																					
<input type="checkbox"/> 不需諮詢 <input type="checkbox"/> 建議諮詢 <input type="checkbox"/> 需要諮詢																									
評估醫師簽名：_____ 日期：_____																									