

附件

勞工保險職業病評估報告書  
(申報職業醫學科診斷性會談費專用)

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號碼		出生日期	民國 年 月 日
診斷病名		病歷號碼	
本院之檢查診療情形： 門診自 年 月 日至 年 月 日，共 次。 住院自 年 月 日至 年 月 日，共 次，共 天。			
綜合該患者之臨床表現，職業暴露史及檢查數據，該患者職業病之評估結果： 一、符合「勞工保險職業病種類表」之第_____類，第_____項。 或增列勞工保險職業病種類之第_____類，第_____項。 二、非上開表列疾病，職業病名稱：_____，有害物質、危害因素、致癌物質或致癌特定製程：_____。 (請於背面敘明相關調查評估)			
以上病人經本醫療院所職業醫學專科醫師評估屬實 特予此報告。  醫事服務機構名稱：  醫事服務機構代號：  主治醫師簽章：  專科醫師證照號碼：( )職醫字第_____號。  填具日期：中華民國 年 月 日			

### 一、職業暴露狀況（若空間不足請另附）

資料來源：詳細問診資料 提供現場照片或影片 其他

職業別：

工作史：

工作場所評估：

### 二、疾病診斷

過去病史：

理學檢查與臨床發現：

實驗室檢查：

評估日期：

### 三、評估過程

罹病之證據：

暴露之證據：

時序性：

醫學文獻之佐證：

其他致病因之考量：

綜合評估：

### 四、參考文獻