

附表三、妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性安排建議表

一、基本資料	
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：	
二、健康問題及工作適性安排建議	
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）	

(5) 周末或假日之工作限制 (每月_____次)

(6) 出差之限制 (每月____次)

(7) 夜班工作之限制 (輪班工作者) (每月_____次)

不可繼續工作，宜休養(休養期間：敘明時間)

不可繼續工作，需住院觀察

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