

附件五

疑似職業病現場訪視報告

一、摘要 (一) 訪視日期：中華民國_____年_____月_____日 (二) 訪視地點： (三) 參與訪視人員：	
二、 案件描述與背景介紹 (一) 疑似職業病名稱 (二) 職業暴露資料	
三、 調查評估 (一) 調查目的(尚缺乏之證據) <input type="checkbox"/> 調查作業環境危害因子 <input type="checkbox"/> 瞭解實際工作流程 <input type="checkbox"/> 蒐集作業環境暴露證據 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
(二) 職業暴露調查評估 (三) 職業醫學調查評估	
四、 調查結果與討論 (一) 罹病之證據 (二) 暴露之證據 (三) 時序性 (四) 流行病學資料 (五) 合理排除其他可能致病原因	
五、 結論與建議 六、 參考文獻	
網絡醫院專用章 (職業傷病通報者免填)	以上現場訪視經本院職業醫學科專科醫師評估內容屬實並審核報告撰寫完整。且本報告之現場訪視醫師，非屬該受訪視之事業單位，雇主依勞工健康保護規則所僱用或特約從事勞工健康服務醫師，辦理臨場健康服務者。 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
認可醫療機構專用章	<p>◆本案通報系統編號：</p> <p>_____</p> <p>本案經檢視職業傷病通報品質審查確屬：</p> <p><input type="checkbox"/> 屬「勞工職業災害保險職業病種類表」之_____類，第_____項所列之疾病。</p> <p><input type="checkbox"/> 屬工作相關之腦血管與心臟疾病。</p> <p><input type="checkbox"/> 屬工作相關之精神疾病。</p> <p><input type="checkbox"/> 非屬「勞工職業災害保險職業病種類表」所列之疾病，經診斷職業造成此疾病之可能性或貢獻程度大於百分之五十，且有醫學文獻佐證。(請詳列相關文獻及出處)。</p> <p>得申請訪視報告補助。</p>
財團法人職業災害預防及重建中心受理本申請案，審核通過後特予核章。	