

附件六

職業病評估報告書

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	
地 址		連絡電話	
提供資料者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 其他：_	病人是否 已往生	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>本院之檢查診療情形：</p> <p>門診自 年 月 日至 年 月 日，共 次。</p> <p>住院自 年 月 日至 年 月 日，共 次，共 天。</p>			
<p>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：</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>(請於背面敘明相關調查評估)</p>			
<p>網絡醫院專用章 (職業傷病通報者免填)</p>		<p>以上病人經本院職業醫學科專科醫師 評估屬實 特予此報告。</p> <p>醫事服務機構名稱：</p> <p>醫事服務機構代號：</p> <p>主治醫師簽章：</p> <p>專科醫師證照號碼：() 職醫字第 號。</p> <p>填具日期：中華民國__年__月__日</p>	

一、疾病診斷(係指診斷職業病的先決條件，必須要有疾病的發生。)

(一)過去病史：

(二)理學檢查與臨床發現：

(三)實驗室檢查：

(四)評估日期：(請註明個案至職業病門診初診日期及職業病確診日期)

二、職業暴露狀況(若空間不足請另附)

(係指職業暴露物質與疾病發生的相關性；即在工作中，是否確實存在某種化學性、物理性、生物性、人因性的危害暴露或重大工作壓力事件，以及該項暴露有足夠強度及累積時間。暴露資料的調查與蒐集，是確立職業病診斷極為重要的一環，通常以工作現場的訪視評估與現場作業環境測定等方式進行。)

(一)資料來源：詳細問診資料 提供現場照片或影片 其他

(二)職業別：

(三)工作史：

(四)工作場所評估：

三、評估過程

(一)罹病之證據：

(二)暴露之證據：

(三)時序性：

(四)醫學文獻之佐證：

(五)其他致病因素之考量：

(六)綜合評估：

四、參考文獻

◎本評估報告，僅提供職業災害保險職業病給付申請之用，實際認定之結果依勞工保險局之審定結果為依據。