

附件六

P001-職業災害勞工重建服務需求評估表

服務對象規範 (請確認後再開始需求評估)	佐證資料
1. 職業災害勞工 或疑似職業災害勞工	<p>以下擇一符合即可</p> <p><input type="checkbox"/> 具有勞工職業災害保險職業傷病門診單或住院申請書之受僱勞工、參加勞工職業災害保險之自營作業業者。 <input type="button" value="上傳欄位"/></p> <p><input type="checkbox"/> 提出職業災害醫療給付或傷病給付或職業災害失能給付申請證明(如勞動部勞工保險局行動服務 APP 申請畫面截圖)之受僱勞工、參加勞工職業災害保險之自營作業業者。 <input type="button" value="上傳欄位"/></p> <p><input type="checkbox"/> 職業災害預防及重建中心、地方政府(如職業災害勞資爭議調解紀錄、勞動檢查調查紀錄)等職業災害服務單位轉介。</p>
2. 職業災害勞工 來源	<p>以下擇一符合即可</p> <p><input type="checkbox"/> 主動提出職業災害重建服務申請之勞工或雇主。(應上傳重建服務申請書) <input type="button" value="上傳欄位"/></p> <p><input type="checkbox"/> 由職業災害預防及重建中心轉介之個案。(系統勾選)</p> <p><input type="checkbox"/> 由地方政府職業災害服務相關單位轉介。(系統勾選或上傳轉介單) <input type="button" value="上傳欄位"/></p> <p><input type="checkbox"/> 經機構內篩檢發現具重建服務開案需求及意願者。(系統勾選)</p>
3. 其他不可收案 狀況	<p><input type="checkbox"/> 未參加職業災害保險之自營作業業者或雇主。</p> <p><input type="checkbox"/> 參加公教人員保險(含原公務人員保險與原私立學校教職員保險)、軍人保險、農民健康保險、農民職業災害保險、國民年金保險或其他社會保險者。</p> <p><input type="checkbox"/> 無重返職場意願或潛能者。</p>

評估單位		評估日期	民國____年____月____日
評估人員		申請時數	(請填寫需求評估使用時數，上限5小時)

一、基本資料

職業災害勞工姓名	身分證號 (居留證或護照號碼)	_____ (若非本國人，請填寫護照號碼/居留證號碼) <input type="checkbox"/> 待確認		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
	出生日期	民國____年____月____日	年齡	_____歲 (系統計算-以評估年減去出生年)	
特殊身分註記		<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 移工 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
連絡電話		家：_____公：_____ 手機：_____			
通訊地址		_____郵遞區號 _____縣市 _____鄉鎮市區 _____			
戶籍地址		<input type="checkbox"/> 同上 _____郵遞區號 _____縣市 _____鄉鎮市區 _____			
電子郵件		_____			
主要連絡人		關係	_____	連絡電話	_____
次要連絡人 (可能的其他支持者)		關係	_____	連絡電話	_____
婚姻狀況		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居			
最高學歷		<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職)，科別_____ <input type="checkbox"/> 大專或大學，科別_____ <input type="checkbox"/> 碩士，科別_____ <input type="checkbox"/> 博士，科別_____ <input type="checkbox"/> 其他_____			

二、職業災害發生情形				
職傷發生/職業病 確診時間	民國____年____月____日			
職業災害發生經過及受傷情形	(簡述職業災害事件時間軸及經過，如：發生時間、地點及送醫過程、受傷部位及當下部位傷病情形)			
本次職業災害診斷	<table border="1"> <tr> <td>診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)		
診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)				

傷病類別	<input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 職業病		
職業災害事故地點	<input type="checkbox"/> 基隆市 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 臺北市 <input type="checkbox"/> 桃園市 <input type="checkbox"/> 新竹縣 <input type="checkbox"/> 新竹市 <input type="checkbox"/> 苗栗縣 <input type="checkbox"/> 臺中市 <input type="checkbox"/> 彰化縣 <input type="checkbox"/> 南投縣 <input type="checkbox"/> 雲林縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 嘉義市 <input type="checkbox"/> 臺南市 <input type="checkbox"/> 高雄市 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 宜蘭縣 <input type="checkbox"/> 花蓮縣 <input type="checkbox"/> 臺東縣 <input type="checkbox"/> 澎湖縣 <input type="checkbox"/> 金門縣 <input type="checkbox"/> 連江縣 <input type="checkbox"/> 其他_____		
職場勞雇關係	雇主端之敘述： (請簡述雇主對於職業災害勞工是否有既定的不良印象、對於協助職業災害勞工復工態度是否積極等)		
	勞工端之敘述： (請簡述勞工對於雇主是否有抱怨或不滿、主訴雙方溝通是否順暢、主訴與雇主間對於復工之想法是否一致等)		
勞資糾紛/爭議	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 職業災害勞工目前拒絕/迴避討論相關議題 <input type="checkbox"/> 有高風險，原因：		
	承上，若有，因職業災害事件引起之調解、訴訟官司處理狀態： (請簡述上述事件之爭議點、處理進度)		
職業災害後停工日期	民國____年____月____日		
職業災害發生時雇主資訊	(填寫雇主姓名或公司名稱)		
雇主端主要聯絡人	主要聯絡人： 職稱： 聯絡電話：		
職業災害發生時職稱			
職業災害發生時工作薪資	<input type="checkbox"/> 日薪，____元 <input type="checkbox"/> 月薪，____元 <input type="checkbox"/> 時薪，____元 <input type="checkbox"/> 其他，____元	於職業災害時受僱單位之年資	____年____月

雇主對於職業災害勞工復工之期待	(可簡述雇主是否保留職務、對於復工進度之期待、是否有協助進行合理調整之意願) <input type="checkbox"/> 職業災害勞工目前拒絕/迴避討論相關議題
勞工對於復工之期待	(可簡述勞工對於復工進程之期待、復工之職務內容)_____ <input type="checkbox"/> 職業災害勞工目前拒絕/迴避討論相關議題_____

三、職業災害勞工需求評估時狀況															
目前就業狀況	<input type="checkbox"/> 待確認 <input type="checkbox"/> 公傷病假當中 <input type="checkbox"/> 尚未復工，原因 <input type="checkbox"/> 已就業 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>就業狀況</td> <td><input type="checkbox"/>已重返原職場 <input type="checkbox"/>再就業</td> </tr> <tr> <td>任職職務</td> <td><input type="checkbox"/>原職務 <input type="checkbox"/>新職務</td> </tr> <tr> <td>工作量 / 工時</td> <td><input type="checkbox"/>不變 <input type="checkbox"/>增加 <input type="checkbox"/>減少</td> </tr> <tr> <td>薪資狀況</td> <td><input type="checkbox"/>較原薪資低 <input type="checkbox"/>與原薪資同 <input type="checkbox"/>較原薪資高</td> </tr> <tr> <td>就業日期</td> <td>民國____年____月____日</td> </tr> <tr> <td>公司名稱</td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 未就業 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>離職狀態</td> <td> <input type="checkbox"/>自願離職 <input type="checkbox"/>非自願離職 <input type="checkbox"/>職訓中 <input type="checkbox"/>待業求職中 <input type="checkbox"/>暫無工作意願 <input type="checkbox"/>已無工作能力 <input type="checkbox"/>其他_____ (如：傷病未癒) </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 其他	就業狀況	<input type="checkbox"/> 已重返原職場 <input type="checkbox"/> 再就業	任職職務	<input type="checkbox"/> 原職務 <input type="checkbox"/> 新職務	工作量 / 工時	<input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 減少	薪資狀況	<input type="checkbox"/> 較原薪資低 <input type="checkbox"/> 與原薪資同 <input type="checkbox"/> 較原薪資高	就業日期	民國____年____月____日	公司名稱		離職狀態	<input type="checkbox"/> 自願離職 <input type="checkbox"/> 非自願離職 <input type="checkbox"/> 職訓中 <input type="checkbox"/> 待業求職中 <input type="checkbox"/> 暫無工作意願 <input type="checkbox"/> 已無工作能力 <input type="checkbox"/> 其他_____ (如：傷病未癒)
就業狀況	<input type="checkbox"/> 已重返原職場 <input type="checkbox"/> 再就業														
任職職務	<input type="checkbox"/> 原職務 <input type="checkbox"/> 新職務														
工作量 / 工時	<input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 減少														
薪資狀況	<input type="checkbox"/> 較原薪資低 <input type="checkbox"/> 與原薪資同 <input type="checkbox"/> 較原薪資高														
就業日期	民國____年____月____日														
公司名稱															
離職狀態	<input type="checkbox"/> 自願離職 <input type="checkbox"/> 非自願離職 <input type="checkbox"/> 職訓中 <input type="checkbox"/> 待業求職中 <input type="checkbox"/> 暫無工作意願 <input type="checkbox"/> 已無工作能力 <input type="checkbox"/> 其他_____ (如：傷病未癒)														
身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 無 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>不符合標準 <input type="checkbox"/>鑑定中 <input type="checkbox"/>未申請鑑定 <input type="checkbox"/>不需要 <input type="checkbox"/>不確定(職業災害勞工不願回答或不便詢問) <input type="checkbox"/> 有 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>職業災害前 <input type="checkbox"/>職業災害後 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>時間</th> <th>障礙類別</th> <th>障礙等級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>職業災害前</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>輕度 <input type="checkbox"/>中度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>極重度</td> </tr> </tbody> </table>	時間	障礙類別	障礙等級	職業災害前		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度								
時間	障礙類別	障礙等級													
職業災害前		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度													

	職業災害後	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
--	-------	--

四、職業災害勞工家庭與經濟狀況		
1. 支持系統評估		
社會支持網絡	(可簡述案主與家人/朋友相處與互動之情形，例如：發生緊急狀況時是否有人可以提供相關協助或陪伴)	
主要支持者		關係
2. 家庭經濟狀況		
家中具有固定經濟收入者	<input type="checkbox"/> 職業災害勞工本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母，人數：_____ <input type="checkbox"/> 其他，人數：_____	
是否需要扶養長輩及小孩	<input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要，幾人：_	
職業災害後是否有家庭經濟巨變狀況	<input type="checkbox"/> 是，(請簡述職業災害勞工是否有家庭總收入銳減或家庭支出遽增之情形) <input type="checkbox"/> 否	
職業災害勞工是否因為本次職業災害而產生家庭立即性之經濟收入短缺，導致生活困難 <input type="checkbox"/> 無(跳至第五部分繼續詢問) <input type="checkbox"/> 有(接續詢問下方補助端欄位) <input type="checkbox"/> 不清楚		
補助端		
是否獲得雇主補償	(提醒：建議不主動直接向職業災害勞工詢問雇主是否有提供補償，而引起職業災害勞工認為雇主提供補償為應該之作為。建議於詢問職業災害勞工雇主是否提供職業災害後相關協助時順帶詢問，舉例雇主可能提供之協助。) <input type="checkbox"/> 有，金額_____ <input type="checkbox"/> 無 補充說明：	
獲得相關職業災害給付、補助、慰問金及其他費用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有加保	
勞工職業災害保險及保護法給付		
<input type="checkbox"/> 醫療給付	<input type="checkbox"/> 傷病給付	<input type="checkbox"/> 失能給付

		一次金：_____
		年 金：_____元/月
勞工職業災害保險及保護法補助		
<input type="checkbox"/> 器具補助	<input type="checkbox"/> 照護補助	<input type="checkbox"/> 輔助設施補助
<input type="checkbox"/> 未加保 (勞工職業災害保險及保護法補助)		
<input type="checkbox"/> 照護補助	<input type="checkbox"/> 失能補助	
_____元/月		
<input type="checkbox"/> 縣市政府職業災害慰助金 <input type="checkbox"/> 雇主加保商業保險理賠金 <input type="checkbox"/> 和解金 <input type="checkbox"/> 農民健康保險相關給付 <input type="checkbox"/> 其他_____		
就業服務相關補助	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 不清楚	
	<input type="checkbox"/> 有，請說明：	
	<input type="checkbox"/> 失業給付	<input type="checkbox"/> 職業訓練生活津貼
		<input type="checkbox"/> 提早就業獎助津貼
<input type="checkbox"/> 創業貸款利息補貼	<input type="checkbox"/> 其他	
目前運用之社會福利資源	<input type="checkbox"/> 無-無福利資源使用狀況	
	<input type="checkbox"/> 不清楚	
	<input type="checkbox"/> 有，請說明：	
	種類	金額
<input type="checkbox"/> 低收入及中低收入戶 相關福利補助(註1)	_____元	
<input type="checkbox"/> 關懷救助金(註2)	_____元	

	<input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭相關補助(註3)	_____元	
	<input type="checkbox"/> 身心障礙者福利(註4)	_____元	
	<input type="checkbox"/> 兒童或老年福利照顧(註5)	_____元	
	<input type="checkbox"/> 其他(註6)	_____元	

(註1) 中/低收入戶補助：依據社會救助法，包括兒童及少年醫療補助、課後留園服務、保母托育補助、父母未就業家庭育兒津貼、中低收入戶短期生活扶助、低收入戶健保補助、低收入戶住宅補貼、中低收入戶健保補助等。

(註2) 關懷救助金：依據馬上關懷急難救助作業要點。

(註3) 特殊境遇家庭相關補助：依據特殊境遇家庭扶助條例，包括緊急生活扶助、子女生活津貼、子女教育補助、傷病醫療給付、兒童托育津貼、法律訴訟補助、創業貸款等。

(註4) 身心障礙者福利：包括身心障礙者生活補助、房屋租金補貼、購屋貸款利息補貼、承租停車位補助、購買停車位貸款利息補貼、參加社會保險保險費補助、居家身心障礙者使用維生器材及必要生活輔具用電優惠等。

(註5) 兒童或老年照顧：包括敬老津貼、困苦失依兒童少年生活補助(依據兒童及少年福利權益保障法)、弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助(依據衛生福利部弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助計畫)、托育費用補助(依據兒童及少年福利與權益保障法、弱勢兒童及少年生活扶助與托育及醫療費用補助辦法)、生活扶助(依據兒童及少年福利與權益保障法、弱勢兒童及少年生活扶助與托育及醫療費用補助辦法)等。

(註6) 其他：民間團體捐助或救助等。

五、職業災害勞工心理健康及職涯就業狀況						
(一)心理健康-(簡式健康量表 BPRS-5 大於等於 6 分，或量表中的自殺警示題大於等於 2 分，或是職涯與就業問題大於等於 4 分，建議需有心理師介入協助)						
簡式健康量表(由職業災害勞工自填)						
回答狀況	晤談過程中職業災害勞工提出之心理情緒及觀察敘述： 其他選用評估之結果：					
請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。						
項次	問題	完全沒有	輕微	中等程度	符合	非常符合
1	睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2	感覺緊張不安	0	1	2	3	4

3	覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4	感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5	覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6	有自殺的想法	0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 總分大於或等於6分或自殺題大於或等於2分，職業災害勞工有心理健康問題 <input type="checkbox"/> 依其他評估、職業災害勞工自述或觀察，職業災害勞工有心理健康問題 說明：						
(二)職涯與就業問題調查(由職業災害勞工自填)						
回答狀況		晤談過程中職業災害勞工提出之職涯就業困難： 其他補充評估之結果：				
請您仔細回想在最近1個月內，請問您發生職業災害事件迄今，是否有以下狀況出現？						
項次	問題	完全沒有	偶爾如此	有時如此	經常如此	總是如此
1	我擔心不能適應原公司的職務	0	1	2	3	4
2	我對於無法順利返回原職場感到煩惱	0	1	2	3	4
3	我需要提供工作尋找技巧的協助	0	1	2	3	4
4	我擔心適應新的就業環境	0	1	2	3	4
5	我對於未來工作感到茫然	0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 總分大於或等於4分，職業災害勞工有職涯就業問題 <input type="checkbox"/> 依其他評估、職業災害勞工自述或觀察，職業災害勞工有職涯就業問題 說明：						

六、工作史暨職業技能				
(一)工作史：為提供未來復工或再就業職務調整時參考，請描述最近五年曾經從事過的工作與職務，由最近之工作開始填寫（包含本次傷病時的工作）。				
公司名稱	工作內容	起迄時間 (年/月)	工作型態	備註
1.			<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他	
2.			<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工	

			<input type="checkbox"/> 4. 其他	
3.			<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他	

(二)職業傷病時的工作狀況						
工作內容	(請敘述工作名稱及工作內容，例如：搬運紙張、駕駛堆高機，操作推車將紙張運輸至機台處。工作內容請列點敘述，並且依重要性、所佔時間比例或工作順序依序撰寫)					
工作所需使用之儀器、機器、工具或安全保護設備	(請簡述所需使用儀器、機器、工具、安全保護設備之名稱，並且分類列點撰寫，以了解傷病時工作所需要的操作與認知功能及工作技巧)					
工作所需勞動體力(體耐力與負重) (請綜合抬舉、搬運、攀爬、彎腰、姿勢交換、行走之圈選結果圈選勞動等級)	抬舉(經常/偶而)(公斤)	0/4.5	4.5/9.1	9.1/22.7	22.7/45.5	22.7/45.5+
	搬運(經常/偶而)(公斤)	0/4.5	6.8/9.1	11.4/22.7	22.7/45.5	34.1/45.5+
	攀爬(經常/偶而)	無/斜坡	無/樓梯	樓梯/梯子	鷹架/柱子	柱子/繩索
	彎腰、蹲、轉身 (次/小時)	0	15	30	50	60+
	持續坐/站姿勢交換 (分鐘)	30	45	90	180/150	210/180+
	行走 (小時/天)	1	3	4	5	7
	勞動等級	靜態	輕度負重	中度負重	重度負重	極重度負重
傷病造成無法從事工作內容	(依職業災害勞工主訴填寫，簡述原職務無法從事工作內容及原因，藉此了解職業災害勞工對於自己身體能力的認識及工作之要求)					

傷病後仍可從事的工作內容	(依職業災害勞工主訴填寫，簡述原職務可從事之工作內容及原因，藉此了解職業災害勞工對於自己身體能力的認識及工作之要求)		
(三)職業技能			
項目	傷病前具備之職業技能		目前技能
駕駛種類	<input type="checkbox"/> 自用小客車 <input type="checkbox"/> 商用小客車 <input type="checkbox"/> 商用大客車 <input type="checkbox"/> 貨車 <input type="checkbox"/> 聯結車 <input type="checkbox"/> 摩托車 <input type="checkbox"/> 其他_____		
技能檢定	<input type="checkbox"/> 1. _____工_____級合格 <input type="checkbox"/> 2. _____工_____級合格 <input type="checkbox"/> 3. _____工_____級合格		<input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 適用 (_____)
職業訓練	名稱	內容	起訖時間
	1.		民國__年__月至 民國__年__月
	2.		民國__年__月至 民國__年__月
	3.		民國__年__月至 民國__年__月
			<input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 適用 (_____)

七、醫療處置狀況	
診斷	此次職業災害主要診斷：_____ (由本表單前一相同欄位帶入)
醫療處置	<input type="checkbox"/> 住院治療中，醫院名稱：____，科/病房號：____ <input type="checkbox"/> 門診治療中，醫院名稱：____，科/門診____，頻率：____；狀況說明：_____ <input type="checkbox"/> 醫療復健中， <input type="checkbox"/> 物理治療，頻率：____，狀況說明_____ <input type="checkbox"/> 職能治療，頻率：____，狀況說明_____ <input type="checkbox"/> 其他復健治療____，頻率：____，狀況說明_____

	<input type="checkbox"/> 其他介入：_____，頻率：_____，狀況說明 _____ (提醒：若職業災害勞工應接受但尚未接受過醫療復健，應建議職業災害勞工先行接受醫療復健，並協助職業災害勞工與治療師溝通復健內容可以重返職場為目標，加入較為積極的治療) <input type="checkbox"/> 醫療/復健已終止，中止時間： <input type="checkbox"/> 尚未就醫 <input type="checkbox"/> 待確認
醫療處置情形	(包含就醫醫院、主治醫師、手術內容、後續復健處置，如：介入療程或頻率等，可以時間軸方式呈現)
其他醫療問題或注意事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：(請依職業災害勞工主訴或病歷填寫，如：慢性心臟病或其他疾病) 補充說明：_____
疼痛評估	目前身體是否有任何疼痛： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明： 建議評估工具： <input type="checkbox"/> 上肢功能受損程度問卷-簡短版(Quick DASH) 評估結果： <input type="checkbox"/> 歐氏失能量表(The Oswestry Disability Index) 2.0 版 評估結果： 請標示：左/右，等級為 0~10 分。 <input type="checkbox"/> 全身性疼痛，等級____ <input type="checkbox"/> 頭部，等級____ <input type="checkbox"/> 頸部，等級____ <input type="checkbox"/> 肩膀，等級____ <input type="checkbox"/> 胸部，等級____ <input type="checkbox"/> 腹部，等級____ <input type="checkbox"/> 背部，等級____ <input type="checkbox"/> 手臂，等級____ <input type="checkbox"/> 手部，等級____ <input type="checkbox"/> 臀部，等級____ <input type="checkbox"/> 鼠蹊部，等級____ <input type="checkbox"/> 大腿，等級____ <input type="checkbox"/> 小腿，等級____ <input type="checkbox"/> 足部，等級____ <input type="checkbox"/> 關節，等級____，請說明_____ <input type="checkbox"/> 其他，等級____，請說明_____

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	沒 有 疼 痛	非 常 輕 微 疼 痛	輕 微 疼 痛	中 度 疼 痛 ， 開 始 限 制 我 的 能 力		重 度 疼 痛 ， 嚴 重 影 響 或 限 制 能 力		非 常 嚴 重 的 疼 痛 ， 完 全 限 制 能 力			超 乎 想 像 的 疼 痛 ， 需 要 急 救

八、評估結果說明	
重建服務需求說明	(請由二、三、四、五、七部分整理對於重返職場具有阻礙之情形，例如因疼痛問題無法負擔原職務內容)
服務需求項目及目標	<input type="checkbox"/> 重返原職場：(若職業災害勞工目標為重返原職場，但可能需要協助，例如配工、職務調整等建議) <input type="checkbox"/> 再就業協助：(若職業災害勞工目標為再就業，可能需要再就業職務目標選擇、職業訓練、就業服務等需求) <input type="checkbox"/> 醫療/復健診斷評估(職業災害勞工醫療或醫療復健可能尚有介入需求，例如應接受但未曾接受復健、需評估肢體自體移植可能等) <hr/> <input type="checkbox"/> 工作能力評估及復工協助 (職業災害勞工重返職場方向與職務適合度尚未明確，需要具體工作能力之評估與分析，並從而提供職業災害勞工後續復工或再就業之建議計畫及相關協助) <input type="checkbox"/> 生理工作能力強化訓練(職業災害勞工可能因工作能力與目標工作尚有落差，須接受強化訓練提升能力) <hr/> <input type="checkbox"/> 心理工作能力強化訓練(職業災害勞工可能因腦心智功能、心理因素影響重建，需透過專業心理訓練減低阻礙或增加心理彈性、自我覺察等)

	<p><input type="checkbox"/> 權益支持(職業災害勞工可能遭遇不當解雇/資遣、公傷病假請假問題、職業災害保險加保問題、復工協商等困難，需協助連結勞資爭議協處或法律扶助等資源)</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭支持(職業災害勞工可能因家庭支持系統有家庭支持薄弱、撫養困難、家庭關係衝突等問題需協助申請資源)</p> <p><input type="checkbox"/> 經濟支持(職業災害勞工可能因職業災害導致經濟問題需協助申請相關補助、福利等)</p> <p><input type="checkbox"/> 其他(職業災害勞工可能有其他非上述羅列之範疇問題需協助提供服務)</p>
開案或轉介服務	<p><input type="checkbox"/> 勞工具重建服務需求，開案重建服務</p> <p><input type="checkbox"/> 勞工具重建服務需求，主要需求非職能復健服務可協助，轉介(單位名稱)_____</p> <p><input type="checkbox"/> 勞工之重建服務可透過提供諮詢解決，不需開案</p>