

附件七

P002-門診醫囑單

P003-職業災害勞工重建服務計畫擬定表

服務人員_____

醫囑開立時間	職業醫學科專科醫師醫囑 P002	申請 P002 費用
民國___年___月___日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
民國___年___月___日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
民國___年___月___日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
民國___年___月___日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

一、勞工資料(可由需求評估表帶入)					
職業災害勞工姓名：					
居住地：	戶籍地：				
連絡電話：					
出生日期：民國___年___月___日					
職傷發生/職業病確診時間：民國___年___月___日					
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> <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)					
受傷前職務名稱：					
工作內容： (建議以執行順序、必要性程度或工作時間佔比依序撰寫)					
災後重建阻礙敘述：					

(例如因疼痛問題無法負擔原職務內容)

二、重建服務計畫擬定(請參考職業災害勞工重建服務需求評估表第八部分及職業醫學科專科醫師醫囑修改)	
重建服務目標	<input type="checkbox"/> 重建目標 <input type="checkbox"/> 重返原職場：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 再就業協助：_____
服務項目及目的	<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)_____ <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在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) _____ <input type="checkbox"/> 心理工作能力強化訓練(職業災害勞工可能因心理因素影響重建，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) _____ <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) _____ <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) _____ <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) _____ <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) _____
計畫策略 (依職業醫學科專科醫師開立之醫囑項目撰寫)	評估： <input type="checkbox"/> E001 功能性能力評估 目標： <input type="checkbox"/> E002A 目標職務工作分析(臨場) 目標：

E002B 目標職務工作分析（非臨場）

目標：

E003 臨場評估(須先向職安署完成報備程序)

目標：

醫囑開立日期	使用次數預估

E004 工作模擬評估

目標：

醫囑開立日期	使用次數預估

E005 其他有必要之評估：_____

目標：

醫囑開立日期	使用次數預估

E006 職業輔導評量

目標：

醫囑開立日期	使用時數預估

介入：

T001 復工計畫建議報告

目標：

T002 生理工作能力強化訓練

訓練目標：

醫囑開立日期	使用時數預估

T003 心理工作能力強化訓練

訓練目標：

醫囑開立日期	使用時數預估

T004A 輔助設施評估/職務再設計服務

目標：

T004B 小額職務再設計

目標：

	<input type="checkbox"/> T004C 輔具評估 目標： 轉介： <input type="checkbox"/> 地方政府職業災害專業服務人員 目標： <input type="checkbox"/> 身心障礙者職業重建服務單位 目標： <input type="checkbox"/> 其他：_____ 目標：
--	--

轉介重建服務單位資料： <input type="checkbox"/> 職能復健服務： 服務單位_____主責人員_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 職業輔導評量： 服務單位_____主責人員_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 其他地方政府相關服務： 職業災害專業服務人員：_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 職業訓練服務： 服務單位_____主責人員_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 就業服務： 服務單位_____主責人員_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 輔助設施補助申請： 服務單位_____地方政府職業災害專業服務人員_____連絡電話： 其他：(如交通工具改造、特殊設施訓練等需求) <input type="checkbox"/> 轉介/諮詢單位_____服務目標_____

備註：有牽涉生理工作能力強化訓練或心理工作能力強化訓練之重建服務計畫，於開始服務 1 個月內，應主動提出是否有期程調整之需求。

職業醫學科專科醫師簽名：

日期：