

## 附件八

### P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表

服務單位		服務人員	
職業災害勞工姓名		身分證號 (居留證或 護照號碼)	
職業災害勞工重建服務計畫(由職業災害勞工重建服務計畫擬定表之重建服務計畫擬定欄位帶入)	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：_____		
	服務項目及內容： <input type="checkbox"/> 醫療/復健診斷評估 _____ <input type="checkbox"/> 工作能力評估及復工協助 _____ <input type="checkbox"/> 生理工作能力強化訓練 _____ <input type="checkbox"/> 心理工作能力強化訓練 _____ <input type="checkbox"/> 權益支持 _____ <input type="checkbox"/> 家庭支持 _____ <input type="checkbox"/> 經濟支持 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____		
轉介重建服務單位資料	<input type="checkbox"/> 職能復健服務： 服務單位_____服務人員_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 職業輔導評量： 服務單位_____服務人員_____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_____服務人員_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 就業服務： 服務單位_____服務人員_____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： <input type="checkbox"/> 其他：(如交通工具改造、特殊設施訓練等需求) 服務單位_____主責人員_____連絡電話：		
服務時間	服務方式	服務內容	服務結果
民國	<input type="checkbox"/> 電訪	<input type="checkbox"/> 各項服務聯繫與追蹤	(請簡述本次服務結果及下

____年 ____月 ____日	<input type="checkbox"/> 陪同服務 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 聯繫雇主 <input type="checkbox"/> 聯繫職業災害勞工 <input type="checkbox"/> 調整重建服務計畫執行規劃 <input type="checkbox"/> 申請服務時數延長 <input type="checkbox"/> 其他：_____	一次預計服務內容)
民國____年 ____月 ____日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 陪同服務 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 各項服務聯繫與追蹤 <input type="checkbox"/> 聯繫雇主 <input type="checkbox"/> 聯繫職業災害勞工 <input type="checkbox"/> 調整重建服務計畫執行規劃 <input type="checkbox"/> 申請服務時數延長 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

重建服務計畫結案表			
職業災害重建服務計畫結案原因： <input type="checkbox"/> 達成重建服務目標，且追蹤達 3 個月 <input type="checkbox"/> 本機構無其他可提供協助之服務，且追蹤達 3 個月 <input type="checkbox"/> 職業災害勞工無繼續接受服務之意願(並簽署無意願繼續接受服務切結書) <input type="checkbox"/> 職業災害勞工失聯：經電話聯繫職業災害勞工 1 週內 3 次未接，且傳簡訊告知其若未回覆將逕行結案，之後 1 個月內未再收到職業災害勞工聯繫即逕行結案			
結案時就業狀況	<input type="checkbox"/> 已經重返職場	重返職場狀況	<input type="checkbox"/> 原事業單位、原職務 <input type="checkbox"/> 工作量或工時不變 <input type="checkbox"/> 工作量或工時增加 <input type="checkbox"/> 工作量或工時減少 <input type="checkbox"/> 原事業單位、變換職務 <input type="checkbox"/> 工作量或工時不變 <input type="checkbox"/> 工作量或工時增加 <input type="checkbox"/> 工作量或工時減少 <input type="checkbox"/> 新事業單位、原職務 <input type="checkbox"/> 工作量或工時不變 <input type="checkbox"/> 工作量或工時增加 <input type="checkbox"/> 工作量或工時減少 <input type="checkbox"/> 新事業單位、變換職務 <input type="checkbox"/> 工作量或工時不變 <input type="checkbox"/> 工作量或工時增加 <input type="checkbox"/> 工作量或工時減少
		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
		重返職場日期	民國____年____月____日

	職稱		
	工作內容		
	<input type="checkbox"/> 未重返職場		<input type="checkbox"/> 傷病假當中，公司有保留工作 <input type="checkbox"/> 不當未復工(非自願，例：不當解僱或資遣)，說明：_____
			自願離職 <input type="checkbox"/> 參加職訓或請領失業給付中 <input type="checkbox"/> 已離職，待業求職中 <input type="checkbox"/> 暫無工作意願(個人因素) <input type="checkbox"/> 已退休 <input type="checkbox"/> 其他，說明：_____
是否持有身心障礙證明/手冊?	<input type="checkbox"/> 有	障礙類別	
	<input type="checkbox"/> 職業災害前 <input type="checkbox"/> 職業災害後	障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
	<input type="checkbox"/> 無		<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

各項服務結案情形				
	服務面向 (系統帶入計畫擬定表)	目標 (系統帶入計畫擬定表)	使用次數/ 時數	結案評估結果
評估	E001 功能能力評估		次	
	E002 目標職務工作分析		次	
	E003 臨場評估		次	
	E004 工作模擬評估		次	
	E005 其他有必要之評估： _____		次	
	E006 職業輔導評量		小時	
介入	T001 復工計畫建議報告		次	
	T002 生理工作能力強化訓練		小時	
	T003 心理工作能力強化訓練		小時	
	T004A 輔助設施評估/ 職務再設計服務		日	
	T004B 小額職務再設計			
	T004C 輔具評估		項	

轉 介	地方政府職業災害專 業服務人員			
	身心障礙者職業重建 服務單位			
	其他：_____			