

## 附件十

### E002-工作分析報告

評估人員		評估日期	民國__年__月__日				
職業災害勞工姓名		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)							
職業災害勞工職稱		職業災害勞工工作場域	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 不固定				
受僱狀況	<input type="checkbox"/> 有一定雇主 <input type="checkbox"/> 無一定雇主 <input type="checkbox"/> 其他_____	本次評估之工作場域	(如廚房、門市等)				
平均出勤、休息與休假模式	出勤:(例:每週5天)( <input type="checkbox"/> 固定班、 <input type="checkbox"/> 排班制、 <input type="checkbox"/> 臨時工、 <input type="checkbox"/> 其他____) 休息:(例:每天1小時)( <input type="checkbox"/> 固定時間、 <input type="checkbox"/> 彈性時間、 <input type="checkbox"/> 其他____) 休假:(例:每月8天)( <input type="checkbox"/> 週休、 <input type="checkbox"/> 排休、 <input type="checkbox"/> 其他____) 職務代理人: <input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無						
工作時間	每天__小時、每週__小時、每月__天						
本次評估目標	(請依轉介目的或職業醫學科專科醫師醫囑填寫)	評估方式	臨場 <table border="1"> <tr> <td>交通費單據上傳</td> </tr> </table> 非臨場	交通費單據上傳			
交通費單據上傳							

#### 一、工作描述：

工作項目 1：_____			
步驟	操作及品質要求	時間需求	特定能力需求
	(說明此步驟所需達到之操作標準,包含操作動作、速度、精準度、產量等)	(說明此步驟所需持續時間,一日內需反覆執行此步驟之次數)	(說明此步驟與本次職業傷病相關之能力需求)

照片圖示上傳 <input type="text" value="上傳處"/>			
步驟	操作及品質要求	時間需求	特定能力需求
照片圖示上傳 <input type="text" value="上傳處"/>			
以下類推新增			
工作項目 2: _____			
以下類推新增			

二、工作分析結果：

1. 職業災害勞工主訴無法執行之工作內容：

2. 其它工作風險危害因子敘述：(請列點說明，含環境、設備、設施等)