

附件十四

T001-職業災害勞工復工計畫建議報告

一、基本資料			
職業災害勞工姓名		受僱單位	
目標工作職務		職業傷害發生/ 職業病診斷日期	民國__年__月__日
職能復健機構 服務人員		職業醫學科專科 醫師	

二、評估結果及建議
本次職業災害診斷 (請填寫職業災害勞工的中文診斷)
針對目標職務之復工建議，本建議報告之有效性至：民國__年__月__日(考量報告開立時間可能為建議暫時性調整職務或暫時不建議復工，因此需填寫此報告使用期限) <input type="checkbox"/> 原職務，全時復工 <input type="checkbox"/> 職務調整，說明： <input type="checkbox"/> 調整工作場所 <input type="checkbox"/> 更換工作內容 <input type="checkbox"/> 調整工作時間 <input type="checkbox"/> 漸進式復工 <input type="checkbox"/> 其他： 若無法配合上述職務調整建議，建議先行停工 <input type="checkbox"/> 現階段不建議復工，由__追蹤復工能力狀況

三、生理功能限制狀況及建議 (請勾選)		
生理功能	有限制(勾選並說明)	處遇/職場配合建議
01 姿勢變換	<input type="checkbox"/>	
02 姿勢維持耐力	<input type="checkbox"/>	

03 移行能力/平衡功能	<input type="checkbox"/>	
04 搬運及負重能力	<input type="checkbox"/>	
05 活動耐力	<input type="checkbox"/>	
06 操作與協調功能	<input type="checkbox"/>	
07 疼痛控制	<input type="checkbox"/>	
08 認知功能	<input type="checkbox"/>	
09 獨立生活功能	<input type="checkbox"/>	
10 社區移動能力	<input type="checkbox"/>	
11 其他(自行新增)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
四、適應狀況及建議		
心理功能/社會適應	有問題(勾選並說明)	處遇/職場配合建議
01 創傷因應	<input type="checkbox"/>	
02 職場適應	<input type="checkbox"/>	
03 職涯	<input type="checkbox"/>	
04 其他(自行新增)	<input type="checkbox"/>	
五、其他影響工作表現或安全之藥物/醫學狀況及建議		
藥物/醫學狀況	有問題(勾選並說明)	處遇/職場配合建議
01 皮膚對溫度敏感度	<input type="checkbox"/>	

02 其他(自行新增)	<input type="checkbox"/>	
六、備註說明		
<p>影響工作表現或安全性之藥物/醫療狀況：</p> <p>(若有職務再設計、輔助器具、職場環境改造、生理/心理工作能力強化訓練計畫等，請詳細敘述於此。)</p>		

七、職業災害勞工同意書	
<p>我同意並授權上述職業醫學科專科醫師及職能復健機構個管師運用本人資料及相關評估結果，作為本人重返職場之復工建議報告，以及後續相關服務計畫擬定之用</p>	
職業災害勞工簽名	簽署日期
雇主簽名	簽署日期