

過負荷評估問卷

填寫日期：_____年_____月_____日

一、基本資料			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	年 月 日	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡
工作部門		年資	年 月
職稱			
二、個人過去病史(經醫師確定診斷，可複選)			
<input type="checkbox"/> 心臟循環系統疾病(<input type="checkbox"/> 心絞痛 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 接受心導管支架手術 <input type="checkbox"/> 曾接受冠狀動脈繞道手術 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈疾病接受藥物治療 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 其他_____)			
<input type="checkbox"/> 腦中風		<input type="checkbox"/> 血脂肪異常	
<input type="checkbox"/> 睡眠相關呼吸疾病(如睡眠呼吸中止症)		<input type="checkbox"/> 中樞神經系統疾病(如癲癇、脊椎疾病)	
<input type="checkbox"/> 周邊神經系統疾病(如腕隧道症候群)		<input type="checkbox"/> 情感或心理疾病	
<input type="checkbox"/> 眼睛疾病(不含可以矯正之近視或遠視)		<input type="checkbox"/> 聽力損失	
<input type="checkbox"/> 上肢或下肢疾病(如會導致關節僵硬、無力等症狀之疾病)			
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 氣喘	<input type="checkbox"/> 長期服藥，藥物名稱：_____	
<input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 以上均無	
三、家族史			
<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 一等親內的家屬(父母、祖父母、子女) 男性於55歲、女性於65歲前發生狹心症或心絞痛			
<input type="checkbox"/> 家族中有中風病史			
<input type="checkbox"/> 其他_____			
四、生活習慣史			
1.抽菸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(每天_____包、共_____年) <input type="checkbox"/> 已戒菸_____年			
2.檳榔 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(每天_____顆、共_____年) <input type="checkbox"/> 已戒_____年			
3.喝酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(總類：_____、頻率：_____、每次大約_____ml)			
4.用餐時間不正常 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是； 外食頻率 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一餐 <input type="checkbox"/> 兩餐 <input type="checkbox"/> 三餐			
5.自覺睡眠不足 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(工作日睡眠平均_____小時/日；假日睡眠平均_____小時/日)			
6.運動習慣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(每週_____次、每次_____分)			
7.其他_____			
五、健康檢查項目(無此項目者或事業單位已掌握有勞工之健檢資料者免填寫)			
1.身體質量指數_____公斤/米 ² (18.5≤BMI<24)(身高_____公分；體重_____公斤)			
2.腰圍_____ (男性<90公分；女性<80公分)			
3.脈搏_____			

4. 血壓_____ / _____ mmHg (收縮壓 < 120、舒張壓 < 80 mmHg)
5. 總膽固醇_____ (< 200 mg/dL)
6. 低密度膽固醇_____ (< 100 mg/dL)
7. 高密度膽固醇_____ (男性 ≥ 40 mg/dL ; 女性 ≥ 50 mg/dL)
8. 三酸甘油脂_____ (< 150 mg/dL)
9. 空腹血糖_____ (< 100 mg/dL)
10. 尿蛋白_____ (陰性)

六、工作相關因素 (工作時數及輪班等資料可由人資部門提供)

1. 工作時數： 平均每天_____小時；平均每週_____小時；平均每月加班_____小時
2. 工作班別： 白班 夜班 輪班 (定期 不定期；輪班方式：_____)
3. 工作環境(可複選)：
 - 噪音(_____分貝) 異常溫度(高溫約_____度；低溫約_____度) 通風不良
 - 人因工程設計不良(如:座椅、震動、搬運等) 以上皆無
4. 日常伴隨緊張之工作負荷(可複選)
 - 經常負責會威脅自己或他人生命、財產的危險性工作
 - 有迴避危險責任的工作
 - 關乎人命、或可能左右他人一生重大判決的工作
 - 處理高危險物質的工作
 - 可能造成社會龐大損失責任的工作
 - 有過多或過分嚴苛的限時工作
 - 需在一定的期間內(如交期等)完成的困難工作
 - 負責處理客戶重大衝突或複雜的勞資紛爭
 - 無法獲得周遭理解或孤立無援狀況下的困難工作
 - 負責複雜困難的開發業務、或公司重建等工作
 - 以上皆無
5. 有無工作相關突發異常事件(如近期發生車禍、車子於行駛中發生重大故障等)?
 - 無 有(說明：_____)
6. 工作環境中有無組織文化、職場正義問題(如職場人際衝突、部門內部溝通管道不足等?)
 - 無 有(說明：_____)
7. 對預定之工作排程或工作內容經常性變更或無法預估、常屬於事前的通知狀況等?
 - 無 有(說明：_____)
8. 經常性出差，其具有時差、無法休憩、休息或適當住宿、長距離自行開車或往返兩地

而無法恢復疲勞狀況等?

無 有(說明: _____)

七、非工作相關因素

1.家庭因素問題 無 有(說明: _____)

2.經濟因素問題 無 有(說明: _____)

八、過負荷評估

1. 心血管疾病風險: 低度風險 中度風險 高度風險 極高風險 其他: _____

2. 工作負荷風險: 低負荷 中負荷 高負荷 其他: _____

3. 過負荷綜合評估: 低度風險 中度風險 高度風險 其他: _____

評估人員職稱/簽名: _____年____月____日