

勞動部令 中華民國113年9月18日
勞職授字第1130205690號

修正「勞動部辦理職業災害勞工職能復健專業機構之認可補助及監督管理作業要點」第三點、第五點，並自即日生效。

附修正「勞動部辦理職業災害勞工職能復健專業機構之認可補助及監督管理作業要點」第三點、第五點規定

部 長 何佩珊

勞動部辦理職業災害勞工職能復健專業機構之認可補助及監督管理作業要點第三點、第五點修正規定

三、申請認可為職業災害勞工職能復健專業機構之醫療機構，應於本部公告受理期間內，依本辦法第六條第二項規定，備具下列書件送達職安署；郵寄者，以原寄郵局郵戳為憑，逾期不予受理：

- (一) 申請書（如附件一）。
- (二) 服務計畫書（如附件二）。
- (三) 醫療機構開業執照影本。
- (四) 全民健康保險特約之保險醫事服務機構證明文件影本。
- (五) 開設職業醫學科門診證明影本。
- (六) 專業人員名冊（如附件三）及資歷證明文件影本（含師級證書及執業執照影本）。
- (七) 評估工具、設備設置證明影本及選項配置規劃（如附件四）。
- (八) 場地空間規劃說明（含平面圖及空間使用規劃）影本。

前項應備書件，應依序裝訂成冊，備齊一式十八份，並以光碟交付或電子郵件傳送等方式提出電子檔。

五、經認可職能復健專業機構之補助項目及補助基準，依本辦法第十九條附表規定辦理。申請各項經費之請撥、核銷程序及應備文件如下：

- (一) 開辦費及訓練評估工具購置費：首次經認可之職能復健專業機構，應檢具領據（如附件五），於認可有效期間起始日起十五個工作日內送達職安署；郵寄者，以原寄郵局郵戳為憑。
- (二) 服務費用：
 - 1、認可職能復健專業機構，應於完成各項服務項目之日起十個工作日內，於職業災害勞工服務資訊整合管理系統內，登錄申報服務內容並填具各項表

單（如附件六至附件二十七）。

2、認可職能復健專業機構申報服務項目有下列情形之一者，得不支付不當部分之費用，並載明理由：

- （1）篩檢、評估、工作分析、重建服務及工作能力強化訓練等內容，與申報項目或其規定不符。
- （2）非必要之篩檢、工作分析、評估、重建或工作能力強化訓練等服務。
- （3）服務項目與評估結果不符、服務項目次數或時數過多等不適當情形。
- （4）紀錄記載不完整，致無法支持其診斷、醫囑、重建服務需求、工作能力強化訓練及服務內容。
- （5）工作能力強化訓練時程及內容，與診斷、醫囑及重建服務需求不符或重複。
- （6）重建服務內容與診斷、醫囑及重建服務需求不符或重複。
- （7）其他違反相關法令，或職能復健服務品質不符專業認定。

3、首次經認可之職能復健專業機構於認可期間，開辦費依其服務內容扣抵服務補助費用；其申報服務成果經核定補助金額逾開辦費金額者，依超過部分補助。

（三）其他費用：應於每年一月底及七月底前檢附下列項目支出單據影本，併同前款服務費用向職安署提出申請：

- 1、職務再設計耗材費：提供職業災害勞工職務再設計所需之改善材料費用。
- 2、設備租賃費：租賃經本部公告之表列設備。
- 3、交通差旅費：應搭配臨場目標職務工作分析、臨場評估、工作模擬評估及輔助設施或職務再設計評估等服務，視個案實際需求核實申報。
- 4、離島地區專業醫事人員住宿及交通津貼：提出本島專業醫事人員支援離島服務之證明文件。

（四）認可職能復健專業機構應於每年一月底及七月底前，就前六個月之服務成果，檢附申報之服務項目清單及相關支出單據影本（如附件二十八），向職安署申請補助，於本部核定通知函送達之日起十五個工作日內，檢附領據請款。

職安署辦理前項核付費用作業時，得請具有臨床或相關經驗之職能復健專家或職災預防及重建中心提供協助。

附件一

職業災害勞工職能復健專業機構認可申請書

醫療機構名稱：		
醫療機構地址：		
開業執照字號：	代表人/負責醫師：	
聯絡人：	職稱：	聯絡電話：
是否為全民健康保險特約醫事服務機構： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否開設職業醫學科門診，每週至少1診次： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否向2個以上機關申請本辦法第19條附表所列服務項目之經費： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 機關名稱：_____ 金額：_____		
下列文件已依序裝訂成冊，並備齊1式18份： <input type="checkbox"/> 服務計畫書。 <input type="checkbox"/> 醫療機構開業執照影本。 <input type="checkbox"/> 全民健康保險特約之保險醫事服務機構證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 開設職業醫學科門診證明影本。 <input type="checkbox"/> 專業人員名冊（如附件三）及資歷證明文件影本（含師級證書及執業執照影本）。 <input type="checkbox"/> 評估工具、設備設置證明影本及選項配置規劃（如附件四）。 <input type="checkbox"/> 場地空間規劃說明（含平面圖及空間使用規劃）影本。 <input type="checkbox"/> 其他。 醫療機構全銜：_____（請加蓋印信） 代表人/負責醫師：_____（簽章） 填表日期：_____年_____月_____日		

附件二

職業災害勞工職能復健服務機構服務計畫書撰寫參考格式

壹、計畫書封面：

一、計畫名稱：XX醫院申請認可職能復健專業機構服務計畫書

二、醫療機構名稱：XX醫院

三、計畫執行期間：中華民國 年 月 日至 年 月 日

貳、目錄：

參、計畫內容應包含下列要項：

一、計畫摘要：

概述計畫整體執行內容。

二、計畫目的：

針對本計畫目的提出執行策略說明(以職業災害勞工災後重建服務為宗旨，所欲達成之目的)。

三、計畫目標：

依醫院之實際服務量能撰寫。每一年度基本服務量為：

(一)協助職業災害勞工進行個案管理，至少 50 件。

(二)協助職業災害勞工進行復工計畫建議報告、生理心理功能強化訓練、輔助設施評估、職務再設計或輔具評估服務，至少 10 件。

四、服務流程：

依職業災害勞工重建服務流程圖(如附圖)說明醫院之服務流程。

(一)醫療資源之分工及整合：(說明如何強化醫院內部流程安排及聯繫)

(二)如何建立院內/院外之跨科別或跨單位合作機制：(說明醫院實際整合狀況)

(三)個案管理服務流程：(說明進行個案管理工作之具體作法)

(四)服務品質控管作法：(院內職業災害勞工重建服務項目品質控管之作法)

五、文件管制程序：

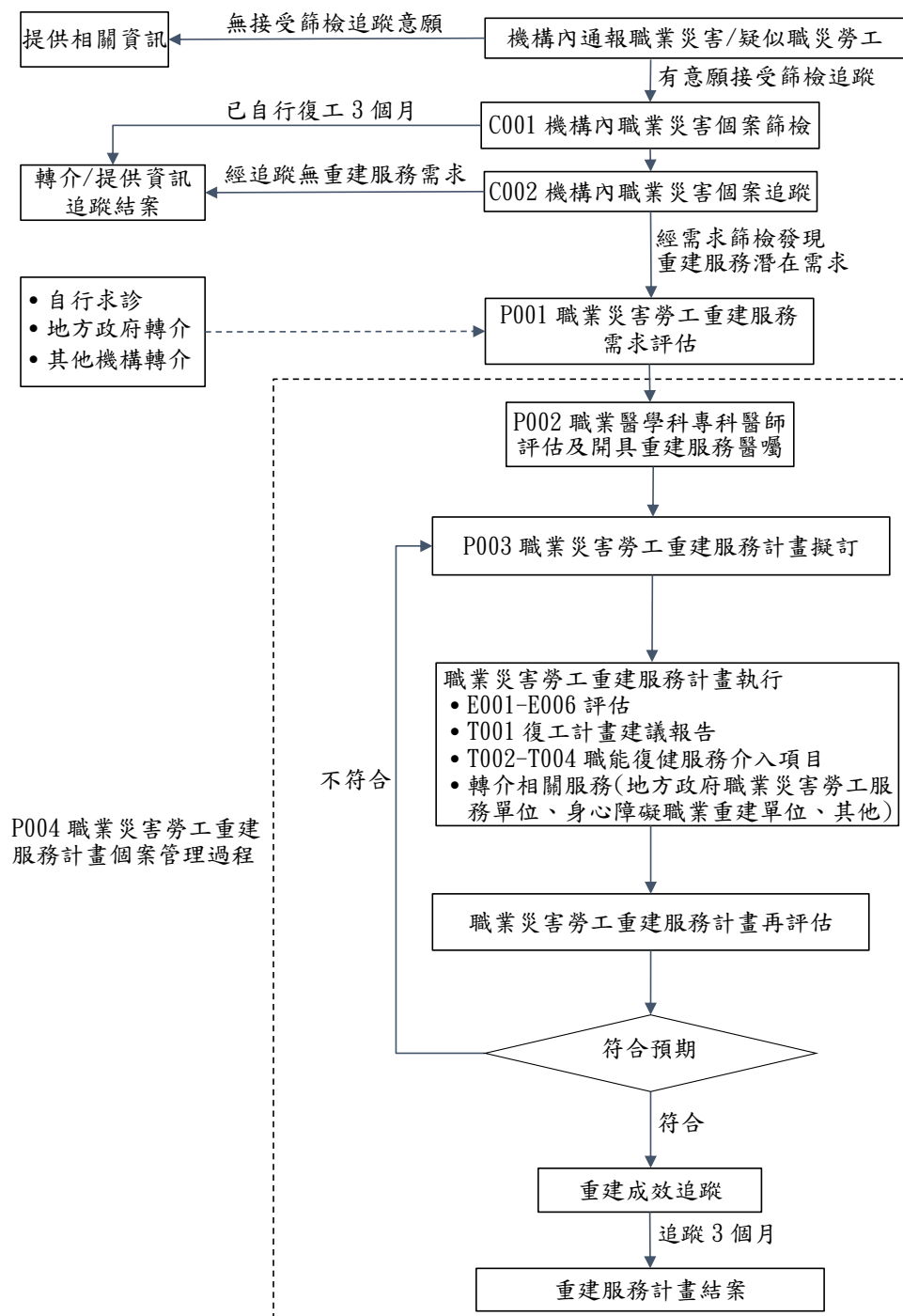
應依規定訂定文件管制程序，規範評估報告書及服務紀錄等相關文件之建檔及保存，保存期限至少 7 年。應敘明保存方法、步驟、保管人員、保存處所及如何防免文件毀損滅失之方式。

六、附錄：

如有必要提供時。

(計畫內容撰寫規範：A4 紙張，直式橫書，標楷體 14 號字型，以 word 檔或 odt 檔格式製作，加註目錄及頁碼)

附圖-職業災害勞工重建服務流程圖



附件三

專業人員名冊

職別	職稱	姓名	任職日期	符合資格經歷說明	工作內容
<div><input type="checkbox"/>專職</div> <div><input type="checkbox"/>兼職</div>	<div><input type="checkbox"/>職業醫學科 專科醫師</div> <div><input type="checkbox"/>職能治療師</div> <div><input type="checkbox"/>物理治療師</div> <div><input type="checkbox"/>臨床心理師</div> <div><input type="checkbox"/>諮商心理師</div>				

附件四

- ☐已具備綜合功能性能力評估(FCE)工具者，提出評估工具清單(如表 1)。
- ☐未具備綜合功能性能力評估(FCE)工具者，應以購置綜合功能性能力評估工具優先，提出報價單(該年度詢價)及預定配置之空間配置圖。若於 30 萬補助費用限額內欲購置其他設備工具，應提出預計購置之設備工具之報價單(該年度詢價)、設備名稱、評估目的/訓練功能說明(如表 2)。空間配置圖中應呈現上述設備工具配置規劃。

表 1-綜合功能性能力評估工具清單

項次	設備名稱與規格	照片
1	三階式工作梯及登高階梯 規格：鋁製，承重 300 磅可收折疊	
2	重量推車台 規格：長 102 公分*寬 61 公分，承重 75 公斤；推拉握把高度為 107 公分、97 公分、87 公分，推拉橫桿直徑 3.5 公分 內含：重量槓片 2.5 公斤 6 個、5 公斤 3 個	
3	高低舉放訓練架 訓練架主體規格：深度 50 公分*寬度 90.4 公分*高度 250.5 公分（從高度 35 公分至 180 公分止，每隔 5 公分有一凹槽可放置層板，附安全栓裝置，防止掉落） 層板規格：深度 44.8 公分*寬度 81.8 公分*厚度 2 公分金屬面夾板，重量約 6 公斤，共 2 個	
4	舉放箱 規格：木製，長 43 公分*寬 43 公分*高 36 公分	
5	重量箱 規格：木製，長 35 公分*寬 35 公分*高	

	35 公分，附 9 宮格放置架	
6	手工工具靈巧度測驗 材質：木製，1 個"冂"字型工作檯，單邊各有 12 孔(4 孔*3 孔) 內含：12 個螺絲、24 個墊片、12 個螺帽、2 個 C 型扳手、1 個螺絲起子、1 個可調式 C 型把手	
7	平衡木 規格：木製，長 300 公分*寬 11 公分*高 33 公分	
8	爬行隧道 規格：長 270 公分*直徑 60 公分，可折疊收納	
9	明尼蘇達手工靈巧測驗套件 Minnesota Manual Dexterity Test 規格：寬 23 公分*長 86 公分，雙面雙色棋子 60 個、收納箱	
10	普度釘板測驗 Purdue Pegboard Test 規格：55 根插針，45 個圓墊片，25 個圓套筒，1 份操作手冊及 25 份紀錄表	
11	液壓手功能評估箱 Hydraulic Hand Evaluation Kit 內含：握力計、捏(指)力計、指關節量角器	
12	可調式高低架測量用尺座 規格：底板尺寸：長 120 公分*寬 20 公分，上附不銹鋼測量尺 100 公分兩支及滑軌測量棒，測量底座可調整高度 28 公分至 30 公分，附不銹鋼活動架尺寸：寬 42 公分*長 60 公分 1 座	

13	踏步階梯 規格：共 3 座，含止滑墊(高 8 公分， 20 公分及 35 公分)	
----	--	--

表 2-職業災害勞工重建訓練評估工具購置清單

項次	產品名稱/規格	評估/訓練功能說明	報價資料	產品圖片/型錄

附件五

領 據

茲領到勞動部核發認可職業災害勞工職能復健專業機構(開辦費、評估工具購置費、服務費用、職務再設計耗材費、設備租賃費、交通差旅及住宿費)計新臺幣 佰 拾 萬 仟 佰 拾元整無訛。

此致

勞動部

醫療機構名稱(全銜)：

(印信)

統一編號：

代 表 人：

會 計：

(簽章)

出 納：

(簽章)

地 址：

電 話：

匯款戶名：

匯款帳號：_____銀行 _____分行；帳號：_____

中 華 民 國 年 月 日

附件六

C001-職業災害勞工重建服務需求篩檢表

篩檢單位		晤談人員		篩檢晤談日期	民國__年__月__日
------	--	------	--	--------	-------------

服務對象規範 (請確認後再開始篩檢晤談)	佐證資料
1. 不可收案狀況	<div><input type="checkbox"/>未參加勞工職業災害保險之自營作業或雇主。</div> <div><input type="checkbox"/>參加公教人員保險(含原公務人員保險與原私立學校教職員保險)、軍人保險、農民健康保險、農民職業災害保險、國民年金保險或其他社會保險者。</div> <div><input type="checkbox"/>無重返職場意願或潛能者。(無潛能者如：個案目前意識不清無法正常表達自身重建服務需求。)</div> <div><input type="checkbox"/>無明確因果關係顯示其工作能力減損為該次職業災害造成者。</div>
2. 職業災害勞工或疑似職業災害勞工	<div>以下須擇一符合並上傳證明文件副本</div> <div><input type="checkbox"/>無單職傷(全民健保特約醫事服務機構逕依就醫者主訴診斷，並申報職業傷害門診醫療費用之案件)之受僱勞工。 上傳欄位</div> <div><input type="checkbox"/>具有勞工職業災害保險職業傷病門診單或職業傷病住院申請書之受僱勞工、參加勞工職業災害保險之自營作業者。 上傳欄位</div> <div><input type="checkbox"/>提出職業災害醫療給付、傷病給付或職業災害失能給付申請證明(如「勞保局e化服務系統」之「新版-個人網路試算及查詢作業」申請畫面截圖)之受僱勞工、參加勞工職業災害保險之自營作業者。 上傳欄位</div> <div><input type="checkbox"/>醫師開立之醫囑單中，明確註有「疑似職業傷害」；或職業醫學科專科醫師開立之醫囑單中，明確註有「疑似職業病」之字句之受僱勞工。 上傳欄位</div>
3. 勞工來源	<div><input type="checkbox"/>機構內通報轉介。</div> <div><input type="checkbox"/>機構內經「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」轉介者。</div>
4. 篩檢時復工狀況	<div>以下擇一符合即可</div> <div><input type="checkbox"/>災後停工10日以上，且尚未重返職場(主訴)。</div> <div><input type="checkbox"/>災後已復工但未達連續3個月，且非回復原職務者(主訴)。</div>
5. 有意願接受篩檢及追蹤	<div><input type="checkbox"/>於C001「職業災害勞工重建服務需求篩檢表」中記錄個案同意日期及內容。</div>

一、職業災害勞工基本資料					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		
身分證號(居留證或護照號碼)		出生年月日	民國__年__月__日	篩檢時年齡	__歲

身分別	<input type="checkbox"/> 一般身分 <input type="checkbox"/> 失能勞工，失能等級：_____ <input type="checkbox"/> 中高齡者或高齡者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶中有工作能力者 <input type="checkbox"/> 長期失業者 <input type="checkbox"/> 二度就業婦女 <input type="checkbox"/> 家庭暴力被害人 <input type="checkbox"/> 更生受保護人 <input type="checkbox"/> 獨立負擔家計者 <input type="checkbox"/> 移工(外國人) <input type="checkbox"/> 未成年(兒少) <input type="checkbox"/> 其他：_____ _____		
勞工聯絡電話	家：_____ 公：_____ 手機：_____		
勞工聯絡地址	縣市：_____ (郵遞區號)鄉鎮市區：_____ 地址：_____		
主要聯絡人	姓名：_____ 關係：_____ 聯絡電話：_____		
轉介來源	<input type="checkbox"/> 機構內轉介：單位：_____, 轉介者：_____ <input type="checkbox"/> 資訊系統轉介：單位：_____, 轉介者：_____		
職業災害發生時雇主資訊	公司名稱：_____ 統編：_____ 電話：_____		
職業災害發生時職稱		主要工作內容	
二、職業災害發生情形			
職業傷害發生時間/職業病診斷日期：民國__年__月__日			
職災類型： <input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 不確定 職業災害地點： <input type="checkbox"/> 工作場所 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 公差途中 <input type="checkbox"/> 其他就業場所			
職業災害發生經過：_____ (依職業災害勞工主訴、相關紀錄、雇主描述填寫，簡述職業災害事件時間軸及經過，如：發生時間、地點及送醫過程) 傷病情況：_____ (依職業災害勞工或聯絡人主訴、相關紀錄填寫受傷部位及當下部位傷病情形)			
三、職業災害時工作情形			
雇主是否保留原職務： <input type="checkbox"/> 保留原職務 <input type="checkbox"/> 未保留原職務 <input type="checkbox"/> 已離職 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 其他，說明：_____ 目前復工協議情況：_____ 雇主協助復工作為： <input type="checkbox"/> 有，說明：_____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不清楚			
四、醫療情況			

本次職業災害診斷

目前已/正接受之醫療處置

- ☐手術治療，醫療單位/科別：_____，治療說明：_____
- 治療後現況及醫師建議：_____
- ☐門診治療，醫療單位/科別：_____，治療說明：_____
- 治療後現況及醫師建議：_____（如每個月1次回診骨科，骨科醫師於某年某月某日開立止痛藥物）
- ☐復健醫療，醫療單位/科別：_____
- 復健治療內容與主要目標：_____（復健期間、頻率、是否需要照顧者協助）
- ☐無法填答，說明：_____
- ☐其他：_____

五、職業災害勞工主訴工作能力

- ☐目前職業災害勞工主訴可以從事之原工作內容：_____
- （簡述原職務可從事工作內容及原因，藉此了解職業災害勞工對於自己身體能力的認識及工作之要求）
- ☐目前職業災害勞工主訴無法從事之原工作內容：_____
- （簡述原職務無法從事工作內容及原因，藉此了解職業災害勞工對於自己身體能力的認識及工作之要求）
- 主訴無法從事原工作原因：
- ☐動作能力受到限制：_____（如手無法舉高過頭、無法負重5公斤）
- ☐疼痛問題：_____
- ☐耐力不佳：_____（如易喘、易無力）
- ☐心理及適應問題_____
- ☐其他_____

六、職業災害勞工目前工作狀態

目前就業情形

- ☐已復工(原雇主)；請填寫【目前工作內容】
- ☐尚未復工(原雇主)；原因說明：_____
- ☐已再就業(非原雇主)；請填寫【目前工作內容】
- 公司名稱：_____
- 統一編號：_____
- 職稱：_____
- ☐已離職，未就業
- 離職原因：☐自願離職 ☐非自願離職 ☐不確定；說明：_____
- 離職狀態：(複選)
- ☐醫療/復健治療中
- ☐待業求職中
- ☐參加職訓

☐請領失業給付☐暫無工作意願☐已無工作能力☐已退休☐其他；說明：_____☐其他；說明：_____**【目前工作內容】**

復工/再就業日期：民國____年____月____日

職務內容：

☐原職務；說明：_____☐調整職務；說明：_____☐其他；說明：_____工作量/工時：☐不變☐增加☐減少薪資狀況：☐較原薪資低☐與原薪資同☐與原薪資高**七、篩檢結果**☐完全沒有職業災害重建服務需求：

職業災害勞工本人表達未有因職業災害導致不適及相關需求，且雇主端也未表示協助職業災害勞工復工有困難者。

☐有職業災害重建服務潛在需求：☐職業災害身分認定問題、職業災害相關給付或補償疑義需求。☐其他資源協助需求(如就業服務資源、身心障礙職業重建資源、社福資源...等)。☐復工目標未能確定。☐醫療狀況未穩定且需要後續追蹤。☐醫療狀況穩定但工作能力尚未達目標職務需求(包含職務再設計)。

後續服務規劃：

☐勞工有意願接受職業災害重建追蹤。

「於民國____年____月____日____時電訪/面訪職業災害勞工，勞工（或其代理人）同意本單位提供職業災害重建篩檢及後續追蹤服務，並同意將相關資料登錄於職業災害勞工服務資訊整合管理系統，作為後續服務之用」

☐持續追蹤勞工重建服務需求

追蹤重點：

☐職業災害身分認定問題、職業災害相關給付或補償疑義需求。☐其他資源協助需求(如就業服務資源、身心障礙職業重建資源、社福資源...等)。☐復工目標未能確定。☐醫療狀況未穩定且需要後續追蹤。☐醫療狀況穩定但工作能力尚未達目標職務需求(包含職務再設計)。

下次追蹤日期：民國____年____月____日

☐轉介並追蹤，轉介單位：☐認可醫療機構個案管理師追蹤☐地方政府職業災害專業服務人員追蹤☐認可職能復健專業機構個案管理師追蹤

<input type="checkbox"/> 其他_____				
八、資訊提供紀錄				
晤談對象：				
<input type="checkbox"/> 勞工本人				
<input type="checkbox"/> 勞工重要關係人(請填寫關係/姓名)_____				
<input type="checkbox"/> 雇主端聯絡人(請填寫職稱/姓名)_____				
提供資訊：				
<input type="checkbox"/> 職業災害重建服務計畫相關資源說明				
<input type="checkbox"/> 職業災害勞工重建服務窗口聯絡方式：_____				
<input type="checkbox"/> 其他：_____				

職業災害勞工重建服務轉介表				
轉出單位			轉出日期	民國__年__月__日
聯絡人		電話(市話/手機)		
電子信箱				
轉入單位				
聯絡人		電話(市話/手機)		
電子信箱				
職業災害 勞工基本 資料	姓名		性別	
	出生日期	民國__年__月__日	身分證號 (居留證或護照 號碼)	
	電話			
	地址			
轉介目的 與主要問題概述				
備註				
轉介附件	附件名稱：_____ 上傳欄位			

<input type="checkbox"/> 接案，預計時間：民國__年__月__日	
<input type="checkbox"/> 不接案，原因：_____	

回覆單位			回覆日期	民國__年__月__日
聯絡人		電話		
地址				
電子信箱				

附件七

C002-職業災害勞工職業災害勞工追蹤紀錄表

職業災害勞工姓名		篩檢晤談日期	民國__年__月__日
篩檢單位		追蹤人員	

一、職業災害勞工重建服務需求篩檢結果

追蹤重點	<div><input type="checkbox"/>職業災害身分認定、職業災害相關給付申請狀況。</div> <div><input type="checkbox"/>其他資源協助需求(如就業服務資源、身心障礙職業重建資源、社福資源...等)。</div> <div><input type="checkbox"/>復工目標未能確定。</div> <div><input type="checkbox"/>醫療狀況未穩定且需要後續追蹤。</div> <div><input type="checkbox"/>醫療狀況穩定但工作能力尚未達目標職務需求(包含職務再設計)。</div> <div><input type="checkbox"/>資源轉介後續情形追蹤。</div>
------	--

二、追蹤紀錄

追蹤次數	追蹤日期	追蹤方法	追蹤內容及結果	下次預計追蹤時間及內容	
				追蹤重點	追蹤日期
1	民國__年__月__日	<div><input type="checkbox"/>電訪</div> <div><input type="checkbox"/>面訪</div>			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
2	民國__年__月__日	<div><input type="checkbox"/>電訪</div> <div><input type="checkbox"/>面訪</div>			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
3	民國__年__月__日	<div><input type="checkbox"/>電訪</div> <div><input type="checkbox"/>面訪</div>			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
4	民國__年__月__日	<div><input type="checkbox"/>電訪</div> <div><input type="checkbox"/>面訪</div>			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
5	民國__年__月__日	<div><input type="checkbox"/>電訪</div> <div><input type="checkbox"/>面訪</div>			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
6	民國__年__月__日	<div><input type="checkbox"/>電訪</div> <div><input type="checkbox"/>面訪</div>			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤

以下自行新增

三、終止追蹤時狀況

1. 終止追蹤原因：(複選)

- ☐ 已重返職場 3 個月。
- ☐ 職業災害重建服務開案，重建目標：
- ☐ 重返原職場
- ☐ 再就業協助
- ☐ 職業災害勞工無意願繼續接受追蹤。
- ☐ 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、郵件或其他方式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。
- ☐ 經追蹤無職業災害重建服務需求。
- ☐ 個案身分不符合服務對象範疇，並已提供相關諮詢窗口資訊，說明：_____
- ☐ 其他，說明：_____

2. 終止追蹤時之狀態：

- ☐ 職業災害重建服務開案。
- ☐ 無職業災害重建服務開案需求，但已轉介以下單位接續提供服務：(複選)
- ☐ 轉介地方政府專業服務人員
- ☐ 轉介認可醫療機構，說明：_____
- ☐ 轉介其他認可職能復健機構，說明：_____
- ☐ 無需轉介
- ☐ 其他：_____

附件八

P001-職業災害勞工重建服務需求評估表

評估單位		評估人員		評估日期	民國____年 ____月____日
申請時數	(請填寫需求評估使用時數，上限5小時。)		服務時數	(請填寫實際服務時數，含報告撰寫時數，經費給付仍依申請時數為準。)	

服務對象規範 (請確認後再開始需求評估)	佐證資料
1. 不可收案狀況	<div><input type="checkbox"/>未參加勞工職業災害保險之自營作業或雇主。</div> <div><input type="checkbox"/>參加公教人員保險(含原公務人員保險與原私立學校教職員保險)、軍人保險、農民健康保險、農民職業災害保險、國民年金保險或其他社會保險者。</div> <div><input type="checkbox"/>無重返職場意願或潛能者。(無潛能者如：個案目前意識不清無法正常表達自身重建服務需求。)</div> <div><input type="checkbox"/>無明確因果關係顯示其工作能力減損為該次職業災害造成者。</div>
2. 職業災害勞工	<div>以下擇一符合即可</div> <div><input type="checkbox"/>具有勞工職業災害保險職業傷病門診單或職業傷病住院申請書之受僱勞工、參加勞工職業災害保險之自營作業者。</div> <div>上傳欄位</div> <div><input type="checkbox"/>提出職業災害醫療給付、傷病給付或職業災害失能給付證明(如「勞保局e化服務系統」之「新版-個人網路試算及查詢作業」給付畫面截圖)之受僱勞工、參加勞工職業災害保險之自營作業者。</div> <div>上傳欄位</div> <div><input type="checkbox"/>財團法人職業災害預防及重建中心、地方政府轉介具明確職災證明文件者(如職業災害勞資爭議調解紀錄、勞動檢查調查紀錄等)。</div> <div>上傳欄位</div>
3. 職業災害勞工來源	<div>以下擇一符合即可，應上傳重建服務申請書。</div> <div><input type="checkbox"/>主動提出職業災害重建服務申請之勞工或雇主。</div> <div>上傳欄位</div> <div><input type="checkbox"/>由地方政府職業災害服務相關單位轉介。(系統勾選或上傳轉介單)</div> <div>上傳欄位</div> <div><input type="checkbox"/>經機構內篩檢發現具重建服務開案需求及意願者。(系統勾選)</div> <div>上傳欄位</div> <div><input type="checkbox"/>由財團法人職業災害預防及重建中心轉介之個案。(系統勾選)</div>

	上傳欄位 <input type="checkbox"/> 由其他單位轉介之個案。轉介單位：_____ 上傳欄位
4. 轉介來源	<input type="checkbox"/> 機構內轉介，單位：____，轉介者：____ <input type="checkbox"/> 資訊系統轉介，單位：____，轉介者：____

一、職業災害勞工基本資料			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
身分證號 (居留證或護照號碼)	(若非本國人，請填寫護照號碼/居留證號碼)		
出生日期	民國____年____月____日	需求評估時年齡	____歲
身分別	<input type="checkbox"/> 一般身分 <input type="checkbox"/> 失能勞工，失能等級：____ <input type="checkbox"/> 中高齡者或高齡者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶中有工作能力者 <input type="checkbox"/> 長期失業者 <input type="checkbox"/> 二度就業婦女 <input type="checkbox"/> 家庭暴力被害人 <input type="checkbox"/> 更生受保護人 <input type="checkbox"/> 獨立負擔家計者 <input type="checkbox"/> 移工(外國人) <input type="checkbox"/> 未成年(兒少) <input type="checkbox"/> 其他：____		
聯絡電話	家：____ 公：____ 手機：____		
通訊地址	縣市：____ (郵遞區號)鄉鎮市區：____ 地址：____		
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上 縣市：____ (郵遞區號)鄉鎮市區：____ 地址：____		
主要聯絡人	姓名：____ 關係：____ 聯絡電話：____		
次要聯絡人	姓名：____ 關係：____ 聯絡電話：____		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居		
最高學歷	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職)，科別：____ <input type="checkbox"/> 大專或大學，科別：____ <input type="checkbox"/> 碩士，科別：____ <input type="checkbox"/> 博士，科別：____ <input type="checkbox"/> 其他：____		

二、職業災害發生情形	
職業傷害發生/職業病確診時間	民國____年____月____日

職業災害發生經過及受傷情形	(簡述職業災害事件時間軸及經過，如：發生時間、地點及送醫過程、受傷部位及當下部位傷病情形)		
本次職業災害診斷	<div>診斷</div>		
職災類型	<input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 職業病		
職業災害事故地點	<input type="checkbox"/> 基隆市 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 臺北市 <input type="checkbox"/> 桃園市 <input type="checkbox"/> 新竹縣 <input type="checkbox"/> 新竹市 <input type="checkbox"/> 苗栗縣 <input type="checkbox"/> 臺中市 <input type="checkbox"/> 彰化縣 <input type="checkbox"/> 南投縣 <input type="checkbox"/> 雲林縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 嘉義市 <input type="checkbox"/> 臺南市 <input type="checkbox"/> 高雄市 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 宜蘭縣 <input type="checkbox"/> 花蓮縣 <input type="checkbox"/> 臺東縣 <input type="checkbox"/> 澎湖縣 <input type="checkbox"/> 金門縣 <input type="checkbox"/> 連江縣 <input type="checkbox"/> 其他_____		
職場勞雇關係	雇主端之敘述：_____ (請簡述雇主對於職業災害勞工是否有既定的不良印象、對於協助職業災害勞工復工態度是否積極等)		
	勞工端之敘述：_____ (請簡述勞工對於雇主是否有抱怨或不滿、主訴雙方溝通是否順暢、主訴與雇主間對於復工之想法是否一致等)		
勞資糾紛/爭議	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 職業災害勞工目前拒絕/迴避討論相關議題 <input type="checkbox"/> 有高風險，原因：		
	承上，若有，因職業災害事件引起之調解、訴訟官司處理狀態： _____(請簡述上述事件之爭議點、處理進度)		
職業災害後停工日期	民國____年____月____日		
職業災害發生時雇主資訊	公司名稱：_____ 統編：_____ 電話：_____		
雇主端主要聯絡人	姓名：_____ 職稱：_____ 聯絡電話：_____		
職業災害發生時職稱			
職業災害發生時工作薪資	<input type="checkbox"/> 日薪，____元 <input type="checkbox"/> 月薪，____元 <input type="checkbox"/> 時薪，____元 <input type="checkbox"/> 其他，____元 <input type="checkbox"/> 不清楚	於職業災害時受僱單位之年資	____年____月

雇主對於職業災害勞工復工之期待	<div></div> <div>(可簡述雇主是否保留職務、對於復工進度之期待、是否有協助進行合理調整之意願)</div> <div><input type="checkbox"/>職業災害勞工目前拒絕/迴避討論相關議題</div>
勞工對於復工之期待	<div></div> <div>(可簡述勞工對於復工進程之期待、復工之職務內容)</div> <div><input type="checkbox"/>職業災害勞工目前拒絕/迴避討論相關議題</div>

三、職業災害勞工需求評估時狀況	
職業災害勞工目前工作狀態	<div>目前工作狀態</div> <div><input type="checkbox"/>已復工(原雇主)；請填寫【目前工作內容】</div> <div><input type="checkbox"/>尚未復工(原雇主)；原因說明：<div></div></div> <div><input type="checkbox"/>已再就業(非原雇主)；請填寫【目前工作內容】</div> <div>公司名稱(必填)：<div></div></div> <div>統一編號(非必填)：<div></div></div> <div>職稱：<div></div></div> <div><input type="checkbox"/>已離職，未就業</div> <div>離職原因：<input type="checkbox"/>自願離職 <input type="checkbox"/>非自願離職 <input type="checkbox"/>不確定；說明：<div></div></div> <div>離職狀態：(複選)</div> <div><input type="checkbox"/>醫療/復健治療中</div> <div><input type="checkbox"/>待業求職中</div> <div><input type="checkbox"/>參加職訓</div> <div><input type="checkbox"/>請領失業給付</div> <div><input type="checkbox"/>暫無工作意願</div> <div><input type="checkbox"/>已無工作能力</div> <div><input type="checkbox"/>已退休</div> <div><input type="checkbox"/>其他；說明：<div></div></div> <div><input type="checkbox"/>其他；說明：<div></div></div> <div>【目前工作內容】</div> <div>復工/再就業日期：民國__年__月__日</div> <div>職務內容：</div> <div><input type="checkbox"/>原職務；說明：<div></div></div> <div><input type="checkbox"/>調整職務；說明：<div></div></div> <div><input type="checkbox"/>其他；說明：<div></div></div> <div>工作量/工時：<input type="checkbox"/>不變<input type="checkbox"/>增加<input type="checkbox"/>減少</div> <div>薪資狀況：<input type="checkbox"/>較原薪資低<input type="checkbox"/>與原薪資同<input type="checkbox"/>與原薪資高</div>
身心障礙證明	<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 <input type="checkbox"/> 不確定(職業災害勞工不願回答或不便詢問)		
	<input type="checkbox"/> 有		
	時間	障礙類別	障礙等級
	<input type="checkbox"/> 職業災害前 <input type="checkbox"/> 職業災害後		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度

四、職業災害勞工家庭與經濟狀況			
1. 支持系統評估			
社會支持網絡	_____ (可簡述案主與家人/朋友相處與互動之情形，例如：發生緊急狀況時是否有人可以提供相關協助或陪伴)		
主要支持者		關係	
2. 家庭經濟狀況			
家中具有固定經濟收入者	<input type="checkbox"/> 職業災害勞工本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母，人數：_____ <input type="checkbox"/> 其他，人數：_____；說明：_____		
是否需要扶養長輩及小孩	<input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要，幾人：_____		
職業災害後是否有家庭經濟巨變狀況	<input type="checkbox"/> 是，說明：_____ (請簡述職業災害勞工是否有家庭總收入銳減或家庭支出遽增之情形) <input type="checkbox"/> 否		
職業災害勞工是否因為本次職業災害而產生家庭立即性之經濟收入短缺，導致生活困難	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(視需求轉介地方政府社服/勞政資源) <input type="checkbox"/> 不清楚		
補助端			
是否獲得雇主補償	<input type="checkbox"/> 有，金額：_____ <input type="checkbox"/> 無 補充說明：_____ (提醒：建議不主動直接向職業災害勞工詢問雇主是否有提供補償，而引起職業災害勞工認為雇主提供補償為應該之作為。建議於詢問職業災害勞工雇主是否提供職業災害後相關協助時順帶詢問，舉例雇主可		

	能提供之協助。)		
獲得相關職業災害 給付、補助、慰問 金及其他費用	<input type="checkbox"/> 無，說明：_____		
	<input type="checkbox"/> 不清楚，說明：_____		
	<input type="checkbox"/> 有，說明：_____		
	<input type="checkbox"/> 有加保		
	勞工職業災害保險及保護法給付		
	<input type="checkbox"/> 醫療給付	<input type="checkbox"/> 傷病給付	<input type="checkbox"/> 失能給付
			一次金：_____元 年 金：_____元/月
	勞工職業災害保險及保護法補助		
	<input type="checkbox"/> 器具補助	<input type="checkbox"/> 照護補助	<input type="checkbox"/> 輔助設施補助
	<input type="checkbox"/> 未加保(勞工職業災害保險及保護法補助)		
	<input type="checkbox"/> 照護補助		<input type="checkbox"/> 失能補助
_____元/月			
<input type="checkbox"/> 縣市政府職業災害慰助金			
<input type="checkbox"/> 雇主加保商業保險理賠金			
<input type="checkbox"/> 和解金			
<input type="checkbox"/> 農民健康保險相關給付			
<input type="checkbox"/> 其他_____			
就業服務相關補助	<input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 不清楚		
	<input type="checkbox"/> 有，請說明：		
	<input type="checkbox"/> 失業給付	<input type="checkbox"/> 職業訓練生活津貼	<input type="checkbox"/> 提早就業獎助津貼
	<input type="checkbox"/> 創業貸款利息補貼	<input type="checkbox"/> 其他	

目前運用之社會福利資源	<input type="checkbox"/> 無（無福利資源使用狀況）		
	<input type="checkbox"/> 不清楚		
	<input type="checkbox"/> 有，請說明：		
	種類	金額	補充說明
	<input type="checkbox"/> 低收入及中低收入戶 相關福利補助(註 1)	_____元	
	<input type="checkbox"/> 關懷救助金(註 2)	_____元	
	<input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭相關補 助(註 3)	_____元	
	<input type="checkbox"/> 身心障礙者福利(註 4)	_____元	
<input type="checkbox"/> 兒童或老年福利照顧 (註 5)	_____元		
<input type="checkbox"/> 其他(註 6)	_____元		

- (註 1) 中/低收入戶補助：依據社會救助法，包括兒童及少年醫療補助、課後留園服務、保母托育補助、父母未就業家庭育兒津貼、中低收入戶短期生活扶助、低收入戶健保補助、低收入戶住宅補貼、中低收入戶健保補助等。
- (註 2) 關懷救助金：依據馬上關懷急難救助作業要點。
- (註 3) 特殊境遇家庭相關補助：依據特殊境遇家庭扶助條例，包括緊急生活扶助、子女生活津貼、子女教育補助、傷病醫療給付、兒童托育津貼、法律訴訟補助、創業貸款等。
- (註 4) 身心障礙者者福利：包括身心障礙者生活補助、房屋租金補貼、購屋貸款利息補貼、承租停車位補助、購買停車位貸款利息補貼、參加社會保險保險費補助、居家身心障礙者使用維生器材及必要生活輔具用電優惠等。
- (註 5) 兒童或老年照顧：包括敬老津貼、困苦失依兒童少年生活補助(依據兒童及少年福利權益保障法)、弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助(依據衛生福利部弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助計畫)、托育費用補助(依據兒童及少年福利與權益保障法、弱勢兒童及少年生活扶助與托育及醫療費用補助辦法)、生活扶助(依據兒童及少年福利與權益保障法、弱勢兒童及少年生活扶助與托育及醫療費用補助辦法)等。
- (註 6) 其他：民間團體捐助或救助等。

五、職業災害勞工心理健康及職涯就業狀況

(一)心理健康-(簡式健康量表 BSRS-5 大於等於 6 分，或量表中的自殺警示題大於等於 2 分，或是職涯與就業問題大於等於 4 分，建議需有心理師介入協助)

簡式健康量表						
回答狀況		晤談過程中職業災害勞工提出之心理情緒及觀察敘述：_____				
		其他選用評估之結果：_____				
請您仔細回想在最近一星期中（包括今天），這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。						
項次	問題	完全沒有	輕微	中等程度	符合	非常符合
1	睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2	感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3	覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4	感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5	覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6	有自殺的想法	0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 總分大於或等於6分或自殺題大於或等於2分，職業災害勞工有心理健康問題						
<input type="checkbox"/> 依其他評估、職業災害勞工自述或觀察，職業災害勞工有心理健康問題						
說明：						
(二)職涯與就業問題調查						
回答狀況		晤談過程中職業災害勞工提出之職涯就業困難：				
		其他補充評估之結果：				
請您仔細回想在最近1個月內，請問您發生職業災害事件迄今，是否有以下狀況出現？						
項次	問題	完全沒有	偶爾如此	有時如此	經常如此	總是如此
1	我擔心不能適應原公司的職務	0	1	2	3	4
2	我對於無法順利返回原職場感到煩惱	0	1	2	3	4
3	我需要提供工作尋找技巧的協助	0	1	2	3	4
4	我擔心適應新的就業環境	0	1	2	3	4
5	我對於未來工作感到茫然	0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 總分大於或等於4分，職業災害勞工有職涯就業問題						
<input type="checkbox"/> 依其他評估、職業災害勞工自述或觀察，職業災害勞工有職涯就業問題						
說明：						

六、工作史暨職業技能				
(一)工作史：為提供未來復工或再就業職務調整時參考，請描述最近五年曾經從事過的工作與職務，由最近之工作開始填寫（包含本次傷病時的工作）。				
公司名稱	工作內容	起迄時間 (年/月)	工作型態	備註
1.			<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他	
2.			<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他	
3.			<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他	

(二)職業傷病時的工作狀況						
工作內容	(請敘述工作名稱及工作內容，例如：搬運紙張、駕駛堆高機，操作推車將紙張運輸至機台處。工作內容請列點敘述，並且依重要性、所佔時間比例或工作順序依序撰寫)					
工作所需使用之儀器、機器、工具或安全保護設備	(請簡述所需使用儀器、機器、工具、安全保護設備之名稱，並且分類列點撰寫，以了解傷病時工作所需要的操作與認知功能及工作技巧)					
工作所需勞動體力 (體耐力與	抬舉(經常/偶而)(公斤)	0/4.5	4.5/9.1	9.1/22.7	22.7/45.5	22.7/45.5+

負重) (請綜合抬舉、搬運、 攀爬、彎腰、姿勢交換、行走之 圈選結果 圈選勞動等級)	搬運(經常/偶而)(公斤)	0/4.5	6.8/9.1	11.4/22.7	22.7/45.5	34.1/45.5+
	攀爬(經常/偶而)	無/斜坡	無/樓梯	樓梯/梯子	鷹架/柱子	柱子/繩索
	彎腰、蹲、轉身 (次/小時)	0	15	30	50	60+
	持續坐/站 姿勢交換 (分鐘)	30	45	90	180/150	210/180+
	行走 (小時/天)	1	3	4	5	7
	勞動等級	靜態	輕度負重	中度負重	重度負重	極重度負重
傷病造成無法從事工作內容	<div>_____</div> (依職業災害勞工主訴填寫，簡述原職務無法從事工作內容及原因，藉此了解職業災害勞工對於自己身體能力的認識及工作之要求)					
傷病後仍可從事的工作內容	<div>_____</div> (依職業災害勞工主訴填寫，簡述原職務可從事之工作內容及原因，藉此了解職業災害勞工對於自己身體能力的認識及工作之要求)					
(三)職業技能						
項目	傷病前具備之職業技能				目前技能	
駕駛種類	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自用小客車 <input type="checkbox"/> 商用小客車 <input type="checkbox"/> 商用大客車 <input type="checkbox"/> 貨車 <input type="checkbox"/> 聯結車 <input type="checkbox"/> 摩托車 <input type="checkbox"/> 其他_____				<input type="checkbox"/> 不適用 (_____) <input type="checkbox"/> 適用	
相關技能檢定	<input type="checkbox"/> 1. _____合格 <input type="checkbox"/> 2. _____合格 <input type="checkbox"/> 3. _____合格				<input type="checkbox"/> 不適用 (_____) <input type="checkbox"/> 適用	
職業訓練	名稱	內容	起訖時間		<input type="checkbox"/> 不適用 (_____)	
	1.		<input type="checkbox"/> 民國__年__月至民國__年__月 <input type="checkbox"/> 不清楚		<input type="checkbox"/> 適用	

	2.		<input type="checkbox"/> 民國__年__月至民國__年__月 <input type="checkbox"/> 不清楚	
	3.		<input type="checkbox"/> 民國__年__月至民國__年__月 <input type="checkbox"/> 不清楚	

七、醫療處置狀況	
診斷	此次職業災害主要診斷：_____
醫療處置	<input type="checkbox"/> 住院治療中，醫院名稱：_____，科/病房號：_____； 狀況說明：_____ <input type="checkbox"/> 門診治療中，醫院名稱：_____，科/門診：_____， 頻率：_____；狀況說明：_____ <input type="checkbox"/> 醫療復健中， <input type="checkbox"/> 物理治療，頻率：_____，狀況說明：_____ <input type="checkbox"/> 職能治療，頻率：_____，狀況說明：_____ <input type="checkbox"/> 其他復健治療，頻率：_____，狀況說明：_____ <input type="checkbox"/> 其他介入：_____，頻率：_____，狀況說明：_____ (提醒：若職業災害勞工應接受但尚未接受過醫療復健，應建議職業 災害勞工先行接受醫療復健，並協助職業災害勞工與治療師溝通復健 內容可以重返職場為目標，加入較為積極的治療) <input type="checkbox"/> 醫療/復健已終止，終止時間：_____ <input type="checkbox"/> 尚未就醫 <input type="checkbox"/> 待確認
醫療處置情形	_____ (包含就醫醫院、主治醫師、手術內容、後續復健處置，如：介入療 程或頻率等，可以時間軸方式呈現)
其他醫療問題或注意 事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：(請依職業災害勞工主訴或病歷填寫，如：慢性心臟病或其他 疾病) 補充說明：_____

疼痛評估	<p>目前身體是否有任何疼痛：</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有，請說明：_____</p> <p>請標示：左/右，等級為 0~10 分。</p> <p>註：1.15. 關節及 1.16. 其他應於說明欄描述部位資訊。</p> <div><div><input type="checkbox"/>1.1 全身性疼痛，等級_____</div><div><input type="checkbox"/>1.2 頭部，等級_____</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>1.3 頸部，等級_____</div><div><input type="checkbox"/>1.4 肩膀，等級_____</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>1.5 胸部，等級_____</div><div><input type="checkbox"/>1.6 腹部，等級_____</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>1.7 背部，等級_____</div><div><input type="checkbox"/>1.8 手臂，等級_____</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>1.9 手部，等級_____</div><div><input type="checkbox"/>1.10 臀部，等級_____</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>1.11 鼠蹊部，等級_____</div><div><input type="checkbox"/>1.12 大腿，等級_____</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>1.13 小腿，等級_____</div><div><input type="checkbox"/>1.14 足部，等級_____</div></div> <p><input type="checkbox"/>1.15 關節，等級____，請說明：_____</p> <p><input type="checkbox"/>1.16 其他，等級____，請說明：_____</p>
	<div><div>012345678910</div><div><div>沒</div><div>非</div><div>輕</div><div>中</div><div>重</div><div>非</div><div>超</div></div><div><div>有</div><div>常</div><div>微</div><div>度</div><div>度</div><div>常</div><div>乎</div></div><div><div>疼</div><div>輕</div><div>疼</div><div>疼</div><div>疼</div><div>嚴</div><div>想</div></div><div><div>痛</div><div>微</div><div>痛</div><div>痛</div><div>痛</div><div>重</div><div>像</div></div><div><div></div><div>疼</div><div></div><div>，</div><div>，</div><div>的</div><div>的</div></div><div><div></div><div>痛</div><div></div><div>開</div><div>嚴</div><div>疼</div><div>疼</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div>始</div><div>重</div><div>痛</div><div>痛</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div>限</div><div>影</div><div>，</div><div>，</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div>制</div><div>響</div><div>完</div><div>需</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div>我</div><div>或</div><div>全</div><div>要</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div>的</div><div>限</div><div>限</div><div>急</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div>能</div><div>制</div><div>能</div><div>救</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div>力</div><div>能</div><div>力</div><div></div></div></div>

八、評估結果說明	
重建服務需求說明	<div></div> <p>(請由二、三、四、五、七部分整理對於重返職場具有阻礙之情形，例如因疼痛問題無法負擔原職務內容)</p>
重建服務目標	<div><input type="checkbox"/>重返原職場：_____ (若職災勞工目標為重返原職場，但可能需要協助例如配工、職務調整等建議)</div> <div><input type="checkbox"/>再就業協助：_____ (若職災勞工目標為再就業，可能需要再就</div>

	業職務目標選擇、職業訓練、就業服務等需求) <input type="checkbox"/> 其他：_____
開案或轉介服務	<input type="checkbox"/> 勞工具重建服務需求，開案重建服務 <input type="checkbox"/> 勞工具重建服務需求，主要需求非職能復健服務可協助，轉介其他單位：_____ <input type="checkbox"/> 勞工之重建服務可透過提供諮詢解決，不需開案

附件九

P002-重建服務醫囑單
P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表

服務人員_____

次數	醫囑開立時間	P002 職業醫學科 專科醫師醫囑	結案評估	P003 擬訂日期	申請費用
1	民國__年__月__日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	民國__年__月__日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3	民國__年__月__日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	民國__年__月__日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
以下自行新增					

一、職業災害勞工基本資料			
姓名			
通訊地址	縣市：_____ (郵遞區號)鄉鎮市區：_____ 地址：_____		
戶籍地址	縣市：_____ (郵遞區號)鄉鎮市區：_____ 地址：_____		
聯絡電話	家：_____ 公：_____ 手機：_____		
出生日期	民國__年__月__日		
職業傷害發生/職業 病確診時間	民國__年__月__日		
本次職業災害診斷	<table><tr><td>診斷</td></tr><tr><td></td></tr></table>	診斷	
診斷			
職災發生時職稱			
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)		

傷病造成無法從事工作內容	<hr/> (例如因疼痛問題無法負擔原職務內容)
--------------	-----------------------------

二、重建服務計畫擬訂	
重建服務目標	<input type="checkbox"/> 重返原職場： <hr/> <input type="checkbox"/> 再就業協助： <hr/> <input type="checkbox"/> 其他： <hr/>
服務項目及內容	<input type="checkbox"/> 醫療/復健診斷評估 <hr/> (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 <hr/> (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 <hr/> (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 <hr/> (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 <hr/> (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 <hr/> (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 <hr/> (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"/> 其他服務需求

	(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)
--	--------------------------------

三、重建服務計畫策略評估					
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"/> 醫療追蹤				
	擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註	
	(新增)				
	<input type="checkbox"/> E001A/B/C 功能性能力評估				
	擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註	
	(新增)				
	<input type="checkbox"/> E001D 心理能力評估				
	擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註	
	(新增)				
	<input type="checkbox"/> E002A 目標職務工作分析（臨場）				
	擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註	
(新增)					
<input type="checkbox"/> E002B 目標職務工作分析（非臨場）					
擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註		
(新增)					
<input type="checkbox"/> E003 臨場評估(須先向職安署完成報備程序)					
擬訂日期	目標	醫囑開立日期	使用次數預估	備註	
(新增)					
<input type="checkbox"/> E004 工作模擬評估					
擬訂日期	目標	醫囑開立日期	使用次數預估	備註	
(新增)					
<input type="checkbox"/> E005 其他有必要之評估(須先向職安署完成報備程序)					
擬訂日期	目標	醫囑開立日期	使用次數預估	備註	
(新增)					

☐E006 職業輔導評量

擬訂日期	目標	醫囑開立日期	使用時數預估	備註
(新增)				

介入：

☐T001 復工計畫建議報告

擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註
(新增)			

☐T002 生理工作能力強化訓練

擬訂日期	目標	醫囑開立日期	使用時數預估	備註
(新增)				

☐T003 心理工作能力強化訓練

擬訂日期	目標	醫囑開立日期	使用時數預估	備註
(新增)				

☐T004A 輔助設施評估/職務再設計服務

擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註
(新增)			

☐T004B 小額職務再設計耗材

擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註
(新增)			

☐T004C 輔具評估及建議

擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註
(新增)			

轉介：

☐地方政府職業災害專業服務人員

目標：

☐身心障礙者職業重建服務單位

目標：

☐其他：_____

目標：

四、轉介重建服務單位資料

☐職能復健服務：

服務單位：_____服務人員：_____聯絡電話：_____

☐職業輔導評量：

服務單位：_____服務人員：_____聯絡電話：_____

☐其他地方政府相關服務：

職業災害專業服務人員：_____聯絡電話：_____

☐職業訓練服務：

服務單位：_____服務人員：_____聯絡電話：_____

☐就業服務：

服務單位：_____服務人員：_____聯絡電話：_____

☐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：_____聯絡電話：_____

☐其他：(如交通工具改造、特殊設施訓練等需求)

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。

附件十

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		重建目標： <input type="checkbox"/> 重返原職場：_____ <input type="checkbox"/> 再就業協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____					
		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"/> 其他服務需求：_____					
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：_____聯絡電話：_____					
		<input type="checkbox"/> 職業輔導評量： 服務單位：_____服務人員：_____聯絡電話：_____					
		<input type="checkbox"/> 其他地方政府相關服務： 職業災害專業服務人員：_____聯絡電話：_____					
		<input type="checkbox"/> 職業訓練服務： 服務單位：_____服務人員：_____聯絡電話：_____					
		<input type="checkbox"/> 就業服務： 服務單位：_____服務人員：_____聯絡電話：_____					
		<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：_____聯絡電話：_____					
		<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：_____服務人員：_____聯絡電話：_____					
服務次數	服務時間	服務方式	服務內容		服務結果	服務附件	
1	民國	<input type="checkbox"/> 電訪	<input type="checkbox"/> 各項服務聯繫與追蹤		(請簡述本次	上傳欄位	

	____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：_____	服務結果及下一次預計服務內容)	
2	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：_____		
以下自行新增					

重建服務計畫結案表

職業災害重建服務計畫結案原因：

☐ 達成重建服務目標，且追蹤達3個月☐ 本機構無其他可提供協助之服務，且追蹤達3個月☐ 個案不符合服務對象範疇(如，服務期間已退休，無就業意願)。說明：_____☐ 職業災害勞工無繼續接受服務之意願(並簽署結案同意書)，說明原因：_____**上傳欄位**☐ 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、郵件或其他方式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	目前就業情形 <input type="checkbox"/> 已復工(原雇主)；請填寫【目前工作內容】 <input type="checkbox"/> 尚未復工(原雇主)；原因說明：_____ <input type="checkbox"/> 已再就業(非原雇主)；請填寫【目前工作內容】 公司名稱(必填)：_____ 統一編號(非必填)：_____ 職稱：_____ <input type="checkbox"/> 已離職，未就業 離職原因： <input type="checkbox"/> 自願離職 <input type="checkbox"/> 非自願離職 <input type="checkbox"/> 不確定；說明：_____ 離職狀態：(複選) <input type="checkbox"/> 醫療/復健治療中 <input type="checkbox"/> 待業求職中 <input type="checkbox"/> 參加職訓 <input type="checkbox"/> 請領失業給付 <input type="checkbox"/> 暫無工作意願 <input type="checkbox"/> 已無工作能力
---------	--

	<div><input type="checkbox"/>已退休</div> <div><input type="checkbox"/>其他；說明：_____</div> <div><input type="checkbox"/>其他；說明：_____</div> <div>【目前工作內容】</div> <div>復工/再就業日期：民國____年____月____日</div> <div>職務內容：</div> <div><input type="checkbox"/>原職務；說明：_____</div> <div><input type="checkbox"/>調整職務；說明：_____</div> <div><input type="checkbox"/>其他；說明：_____</div> <div>工作量/工時：<input type="checkbox"/>不變<input type="checkbox"/>增加<input type="checkbox"/>減少</div> <div>薪資狀況：<input type="checkbox"/>較原薪資低<input type="checkbox"/>與原薪資同<input type="checkbox"/>與原薪資高</div>									
身心障礙證明	<div><input type="checkbox"/>無</div> <div><input type="checkbox"/>不符合標準 <input type="checkbox"/>鑑定中</div> <div><input type="checkbox"/>未申請鑑定 <input type="checkbox"/>不需要</div> <div><input type="checkbox"/>不確定(職業災害勞工不願回答或不便詢問)</div> <div><input type="checkbox"/>有</div> <table><tr><td>時間</td><td>障礙類別</td><td>障礙等級</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>職業災害前</td><td></td><td><input type="checkbox"/>輕度 <input type="checkbox"/>中度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>極重度</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>職業災害後</td><td></td><td><input type="checkbox"/>輕度 <input type="checkbox"/>中度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>極重度</td></tr></table>	時間	障礙類別	障礙等級	<input type="checkbox"/> 職業災害前		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	<input type="checkbox"/> 職業災害後		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
時間	障礙類別	障礙等級								
<input type="checkbox"/> 職業災害前		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度								
<input type="checkbox"/> 職業災害後		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度								
失能等級	<div><input type="checkbox"/>第一等級；1800 日 <input type="checkbox"/>第二等級；1500 日 <input type="checkbox"/>第三等級；1260 日</div> <div><input type="checkbox"/>第四等級；1110 日 <input type="checkbox"/>第五等級；960 日 <input type="checkbox"/>第六等級；810 日</div> <div><input type="checkbox"/>第七等級；660 日 <input type="checkbox"/>第八等級；540 日 <input type="checkbox"/>第九等級；420 日</div> <div><input type="checkbox"/>第十等級；330 日 <input type="checkbox"/>第十一等級；240 日 <input type="checkbox"/>第十二等級；150 日</div> <div><input type="checkbox"/>第十三等級；90 日 <input type="checkbox"/>第十四等級；60 日 <input type="checkbox"/>第十五等級；45 日</div> <div><input type="checkbox"/>未達失能等級 <input type="checkbox"/>失能等級認定中</div>									

各項服務結案情形				
服務面向		目標	使用次數/ 時數/日數/ 項數/金額	結案結果/情形
評估	E001 功能性能力評估 (A/B/C)		____次	
	E001D 心理功能評估		____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	
	T002A 生理工作能力強化訓練計畫		___次	
	T002B 生理工作能力強化訓練		___小時	
	T002C/D 生理工作能力強化訓練結案評估		___次	
	T003A 心理工作能力強化訓練計畫		___次	
	T003B 心理工作能力強化訓練		___小時	
	T003C 心理工作能力強化訓練結案評估		___次	
	T004A 輔助設施評估/職務再設計服務		___日	
	T004B 職務再設計		___元	
	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：_____			

附件十一

E001A/B/C-綜合功能性能力評估報告

評估單位		評估人員	
評估難度	<input type="checkbox"/> 複雜版 <input type="checkbox"/> 中度版 <input type="checkbox"/> 簡易版		
勞工到院情形			
	序號	評估日期	勞工是否到院
	1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	以下自行新增		

一、基本資料

職業災害勞工姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
評估時年齡	____歲	職業傷害發生/職業病 確診時間	民國____年____月____日
職災發生時雇主資訊	公司名稱：_____ 統編：_____ 電話：_____		
評估目標	(請依重建服務計畫擬訂表填入評估項目)		
發生經過及受傷情形			
職業災害勞工同意及 了解右方資訊 (請向職業災害勞工 說明右方欄位之內 容，並於說明後勾選)	<input type="checkbox"/> 已向職業災害勞工解釋評估過程 <input type="checkbox"/> 評估過程中無關醫病關係 <input type="checkbox"/> 評估結果相關資料會提供給職業災害重建服務相關單位 <input type="checkbox"/> 已告知職業災害勞工評估相關資訊，如評估時間地點 <input type="checkbox"/> 職業災害勞工資料或病史之相關訊息將重新審查並判斷執行職務相關性 <input type="checkbox"/> 在評估過程中評估人員視情況將在場陪同		

二、職業災害勞工紀錄及病史

(一)本次職業災害診斷：

診斷

(二)針對本次職業災害傷病之治療介入，包含手術、復健、輔具使用等(若有侵入性治療，請簡述作法)

序號	治療歷程
1	
以下自行新增	

(三)職業災害前健康狀況：

1. 在此次傷病之前，是否有已存在工作上的問題或傷病，或既存之困難？

☐ 無

☐ 有，說明：（除說明既存之困難，建議說明此資訊來源，如職業災害勞工主訴）

2. 中文診斷：

(四)目前職業災害傷病功能性狀態：

1. 職業災害勞工對於重返職場執行職務之困難及限制之主訴：

☐ 生理功能，說明：_____

（請簡述職業災害勞工主訴阻礙執行職務之生理相關困難，例如肌力無法負荷搬運重物、疼痛影響工作持續度、體耐力差影響工作持續度等）

☐ 心理功能，說明：_____

（請簡述職業災害勞工主訴阻礙執行職務之心理相關困難，例如因擔心再次受傷無法勝任工作內容、擔心經濟狀況無法安心花時間接受醫療與復健等。）

☐ 職場適應，說明：_____

（若勞工已重返職場，請簡述職業災害勞工主訴其職場適應情形，例如哪些職務內容於執行時遇到困難）

2. 疼痛狀況主訴：

(1) 主要疼痛或問題：_____

(2) 疼痛或問題加重之情況：_____

(3) 緩解疼痛或問題之情況：_____

(五)工作分析報告：（請依 E002 工作分析之報告內容摘要填寫下方欄位）

1. 目標工作之職稱：

2. 無法執行之工作內容：

3. 前一項工作內容之功能需求：

4. 執行此工作之其他風險：

(六) 日常生活活動：

1. 職業災害勞工同住成員：_____

2. 日常生活功能敘述：_____

(請填寫必要或有意義之活動，建議同時了解傷病前後之從事日常生活活動能力落差、自行完成程度。)

三、評估結果：

(一)附表一、生理功能評估結果

--

(二)附表二、心理功能評估結果

--

(三)其它評估

<div>上傳欄位</div> <div>(依使用者需求上傳)</div>

四、綜合分析及介入建議

--

附表一-生理功能評估

(評估作法、表單填寫方式請見張或教授撰寫之「綜合功能性能力評估操作手冊」。
評估過程中須留意職業災害勞工動作能力表現與日常生活活動所需能力表現適配性。)

評估單位		評估人員	
初評日期	民國__年__月__日	結評日期	民國__年__月__日

一、基本資料

職業災害勞工姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
出生日期	民國__年__月__日	評估時年齡	__歲
身高	__公分	體重	__公斤
眼高	__公分	肩高	__公分
手指指根處 (knuckle)	__公分	膝高	__公分

二、評估資料

評估時間	初評		結評	
測驗前血壓(收縮/舒張)	/ 毫米汞柱 mmHg		/ 毫米汞柱 mmHg	
最大心跳 (Maximal Heart Rate, MHR) = 220－年齡	下/分鐘			
感覺功能 (正常/異常, 異常請說明)	正常/異常	說明：	正常/異常	說明：

1. 關節活動度(正常/異常, 異常請說明)
- ☐正常
- ☐異常, 說明: _____ (並填寫下表)

上肢動作	初評		結評	
	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)
肩部屈曲(Shoulder flex)	左：__度 ~__度 右：__度 ~__度	左：__度 ~__度 右：__度 ~__度	左：__度 ~__度 右：__度 ~__度	左：__度 ~__度 右：__度 ~__度
肩部伸直(Shoulder ext)				
肩部外展(Shoulder ABD)				
肩部內收(Shoulder ADD)				

肩部水平外展(Shoulder horizontal ABD)				
肩部水平內收(Shoulder horizontal ADD)				
肩部內轉(Shoulder internal rotation)				
肩部外轉(Shoulder external rotation)				
肘關節伸直-屈曲(Elbow ext-flex)				
肘伸直(肘伸直(Elbow ext)				
前臂旋後(Forearm supination)				
前臂旋前(Forearm pronation)				
手腕屈曲(Wrist flex)				
手腕伸直(Wrist ext)				
手腕橈側偏移(Wrist radial deviation)				
手腕尺側偏移(Wrist ulnar deviation)				
食指掌指關節屈曲(Index finger MCP flex)				
食指近端指關節屈曲(Index finger PIP flex)				
食指遠端指關節屈曲(Index finger DIP flex)				
食指掌指關節伸直(Index Finger MCP extension)				
中指掌指關節屈曲(Middle finger MCP flex)				
中指近端指關節屈曲(Middle finger PIP flex)				
中指遠端指關節屈曲(Middle finger DIP flex)				
中指伸直(Middle Finger ext)				
無名指掌指關節屈曲(Ring finger MCP flex)				
無名指近端指關節屈曲(Ring finger PIP flex)				
無名指遠端指關節屈曲(Ring				

finger DIP flex)				
無名指伸直(Third Finger ext)				
小指掌指關節屈曲(Little finger MCP flex)				
小指近端指關節屈曲(Little finger PIP flex)				
小指遠端指關節屈曲(Little finger DIP flex)				
小指伸直(Little Finger ext)				
拇指外展(Thumb ABD)				
拇指內收(Thumb ADD)				
拇指腕掌關節屈曲(Thumb CM flex)				
拇指腕掌關節伸直(Thumb CM ext)				
拇指掌指關節屈曲(Thumb MP flex)				
拇指指關節屈曲(Thumb IP flex)				
(以下自行新增)				

下肢動作	初評		結評	
	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)
髖關節屈曲(Hip flex)	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度
髖關節伸直(Hip ext)				
髖關節外展(Hip ABD)				
髖關節內收(Hip ADD)				
髖關節外轉(Hip external rotation)				
髖關節內轉(Hip internal rotation)				
膝關節伸直(Knee ext)				
膝關節屈曲(Knee flex)				
踝關節背屈(Ankle dorsiflex)				
踝關節跖屈(Ankle plantar				

flex)				
踝關節內翻(Ankle Inversion)				
踝關節外翻(Ankle Eversion)				
(以下自行新增)				

軀幹	初評		結評	
項目	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)
頸部屈曲(Cervical spine flex)	___度~___度	___度~___度	___度~___度	___度~___度
頸部伸直(Cervical spine ext)				
頸部側屈-右側(Cervical spine lateral flexion)				
頸部側屈-左側(Cervical spine lateral flexion)				
頸部旋轉-右側(Cervical spine rotation)				
頸部旋轉-左側(Cervical spine rotation)				
胸椎-腰椎屈曲(Thoracic & lumbar spine flex)				
胸椎-腰椎伸直(Thoracic & lumbar spine ext)				
胸椎-腰椎側屈-右側 (Thoracic & lumbar spine lateral flexion)				
胸椎-腰椎側屈-左側 (Thoracic & lumbar spine lateral flexion)				
胸椎-腰椎旋轉-右側 (Thoracic & lumbar spine rotation)				
胸椎-腰椎旋轉-左側 (Thoracic & lumbar spine rotation)				
(以下自行新增)				

其他	初評		結評	
	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)

(以下自行 新增)	左：___度~___度 右：___度~___度	左：___度~___度 右：___度~___度	左：___度~___度 右：___度~___度	左：___度~___度 右：___度~___度
--------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

2. 徒手肌力測驗

(等級 5=在對抗重力情況下可進行可達成之完全角度動作且可對抗最大阻力、4=在對抗重力下可進行可達成之完全角度動作且可對抗中度阻力、3=在對抗重力情況下可進行可達成之完全角度動作，但不能對抗任何阻力、2=在無重力情況下可進行可達成之完全角度動作、1=無動作但可感覺到肌肉的收縮、0=完全沒有動作也無法感覺到肌肉的收縮)

上肢肌群	初評		結評	
	左側	右側	左側	右側
肩部屈曲(Shoulder flex)				
肩部伸直(Shoulder ext)				
肩部外展(Shoulder ABD)				
肩部內收(Shoulder ADD)				
肩部水平外展(Shoulder horizontal ABD)				
肩部水平內收(Shoulder horizontal ADD)				
肩部內轉(Shoulder internal rotation)				
肩部外轉(Shoulder external rotation)				
肘屈曲(Elbow flex)				
肘伸直(Elbow ext)				
前臂旋後(Forearm supination)				
前臂旋前(Forearm pronation)				
手腕屈曲(Wrist flex)				
手腕伸直(Wrist ext)				
手腕橈側偏移(Wrist radial deviation)				
手腕尺側偏移(Wrist ulnar deviation)				
食指屈曲(Index Finger flex)				
食指伸直(Index Finger ext)				
中指屈曲(Middle Finger flex)				
中指伸直(Middle Finger ext)				
無名指屈曲(Third Finger flex)				
無名指伸直(Third Finger ext)				
小指屈曲(Little Finger flex)				
小指伸直(Little Finger ext)				
拇指外展(Thumb ABD)				
拇指內收(Thumb ADD)				
(以下自行新增)				
下肢肌群	初評		結評	

	左側	右側	左側	右側
髖關節屈曲(Hip flex)				
髖關節伸直(Hip ext)				
髖關節外展(Hip ABD)				
髖關節內收(Hip ADD)				
髖關節外轉(Hip external rotation)				
髖關節內轉(Hip internal rotation)				
膝關節伸直(Knee ext)				
膝關節屈曲(Knee flex)				
踝關節背屈(Ankle dorsiflex)				
踝關節跖屈(Ankle plantar flex)				
踝關節內翻(Ankle Inversion)				
踝關節外翻(Ankle Eversion)				
(以下自行新增)				

其他	初評		結評	
	左側	右側	左側	右側
(以下自行新增)				

3. 三分鐘登階測驗：

可忍受持續工作之代謝當量(MET)值：初評_____MET, 適合之工作型態¹：初評_____

第一次施測：登階高度_____ 步伐節拍數_____步/分 施測後心跳_____下/1 分鐘
第二次施測：登階高度_____ 步伐節拍數_____步/分 施測後心跳_____下/1 分鐘

可忍受持續工作之代謝當量(MET)值：結評_____MET, 適合之工作型態²：結評_____。

第一次施測：登階高度_____ 步伐節拍數_____步/分 施測後心跳_____下/1 分鐘
第二次施測：登階高度_____ 步伐節拍數_____步/分 施測後心跳_____下/1 分鐘

4. 體適能測驗：

心肺指數（或修正後心肺指數）³：初評_____

施測前心跳數：_____下/1 分鐘

施測後心跳數：1 分~1 分半_____下 2 分~2 分半_____下 3 分~3 分半_____下

無法完成者使用：實際運動秒數_____秒 實際登階階數_____階

¹ 1. 靜態型(1.5-2.1 MET)2. 輕度負重型(2.2-3.5 MET)3. 中度負重型(3.6-6.3MET)4. 重度負重型(6.4-7.5MET)5. 極重度負重型(超過 7.5MET)

² 1. 靜態型(1.5-2.1 MET)2. 輕度負重型(2.2-3.5 MET)3. 中度負重型(3.6-6.3MET)4. 重度負重型(6.4-7.5MET)5. 極重度負重型(超過 7.5MET)

³ 等級：1. 很差 2. 略差 3. 中等 4. 好 5. 很好

心肺指數（或修正後心肺指數）⁴：結評_____

施測前心跳數：_____下/1 分鐘

施測後心跳數：1 分~1 分半_____下 2 分~2 分半_____下 3 分~3 分半_____下

無法完成者使用：實際運動秒數_____秒 實際登階數_____階

5. 身體能力測試(就職務內容、傷病部位相關項目填寫)(灰底為替代測驗)

移動及平衡能力	初評		結評	
項目	評分	備註	評分	備註
行走(折返 10 公尺，1 分鐘)	公尺 <input type="checkbox"/> 無法施測		公尺 <input type="checkbox"/> 無法施測	
上下樓梯(1 分鐘)	階 <input type="checkbox"/> 無法施測		階 <input type="checkbox"/> 無法施測	
站姿手向前伸(3)	公分 (最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測		公分 (最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
走平衡木(折返一次)	秒 <input type="checkbox"/> 無法施測		秒 <input type="checkbox"/> 無法施測	
腳跟腳尖走直線	秒 <input type="checkbox"/> 無法施測		秒 <input type="checkbox"/> 無法施測	
睜眼單腳站立(30 秒)—右	秒(最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測		秒(最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
睜眼單腳站立(30 秒)—左	秒(最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測		秒(最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
閉眼單腳站立(30 秒)—右	秒(最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測		秒(最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
閉眼單腳站立(30 秒)—左	秒(最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測		秒(最大值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
上下工作梯(5 次)	秒 <input type="checkbox"/> 無法施測		秒 <input type="checkbox"/> 無法施測	
移動及平衡能力與工作符合度敘述				

(1)抬舉時，木箱基本重量為 5 公斤，請記得加入最終的紀錄值。

(2)抬舉時警戒值設為最大心跳數的 60~70%。

60%最大心跳=_____下/分鐘

70%最大心跳=_____下/分鐘

⁴ 等級：1. 很差 2. 略差 3. 中等 4. 好 5. 很好

搬運與抬舉	初評			結評					
項目	評分	職務需求	備註	評分	職務需求	備註			
雙手搬運（折返 5 公尺）	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
單手搬運	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
單手或雙手搬運 （低於 5 公斤）	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
站姿推重量車（3 公尺）（請填寫原始拉力值）	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
站姿拉重量車（3 公尺）（請填寫原始拉力值）	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
雙手抬舉—地面至腰部 （層板地面→手指指根處）	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
單手抬舉—地至腰	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
單手或雙手抬舉 （低於 5 公斤）—地至腰	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
雙手抬舉—腰部至胸部 （層板指根處→肩高下 3 格）	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
單手抬舉—腰至胸	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
單手或雙手抬舉 （低於 5 公斤）—腰至胸	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
雙手抬舉—胸部至眼高 （層板肩高下 6 格→眼高）	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
雙手抬舉 （低於 5 公斤）—胸至眼	公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測			公斤 <input type="checkbox"/> 無法施測					
搬運抬舉能力與工作符合度敘述：									
慣用手： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 雙手 （如傷病後有改變慣用手，註明受傷前慣用手： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 雙手）									
手部力氣	初評		結評						
項目	評分	備註	評分	備註					
左手握力(5)	公斤(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測		公斤(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測						

右手握力(5)	公斤(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測		公斤(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
左手側握指力(lateral pinch)(2)	公斤(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測		公斤(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
右手側握指力(lateral pinch)(2)	公斤(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測		公斤(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
手部協調能力	初評		結評	
明尼蘇達操作測驗—慣用手置放	秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測		秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測	
明尼蘇達操作測驗—雙手翻轉	秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測		秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測	
明尼蘇達操作測驗—慣用手移置	秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測		秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測	
明尼蘇達操作測驗—慣用手翻轉與置放	秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測		秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測	
明尼蘇達操作測驗—雙手翻轉與置放	秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測		秒(總和) <input type="checkbox"/> 無法施測	
普度手功能測驗—右手(3)	個/30 秒(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測		個/30 秒(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
普度手功能測驗—左手(3)	個/30 秒(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測		個/30 秒(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
普度手功能測驗—雙手(3)	個/30 秒(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測		個/30 秒(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
普度手功能測驗—組合(4)	個/1 分(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測		個/1 分(平均值) <input type="checkbox"/> 無法施測	
手工具靈巧度測驗	秒 <input type="checkbox"/> 無法施測		秒 <input type="checkbox"/> 無法施測	
手部力氣及協調能力與工作符合度敘述：				

姿勢維持與變換	初評		結評	
項目	評分	備註	評分	備註
連續蹲姿取物再站起 (地板→層板肩高下3格)	秒 <input type="checkbox"/> 無法施測		秒 <input type="checkbox"/> 無法施測	

連續彎腰取物再站起 (層板肩高下3格→地板)	秒 <input type="checkbox"/> 無法施測		秒 <input type="checkbox"/> 無法施測	
維持彎腰姿(3分鐘) (層板膝高)	極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用		極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用	
維持蹲姿(3分鐘) (層板35公分)	極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用		極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用	
維持跪姿(3分鐘) (層板35公分)	極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用		極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用	
維持坐姿	極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用		極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用	
維持站姿	極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用		極優 良好 尚可 不佳 不能完成 不適用	
姿勢維持與變換工作符合度：				

三、評估結果解釋⁵

⁵評估結果解釋：(請參照綜合功能性能力評估施測說明。並請依據負重能力、身體柔軟度/姿勢、靜態姿勢維持、行走技巧/平衡、協調度、有氧活動/耐力等六大範疇說明受測者在這些範疇之表現。)

初評結果解釋	結評結果解釋
對於目標工作職務內容所需功能，尚需增強之項目： <input type="checkbox"/> 01 姿勢變換：_____ <input type="checkbox"/> 02 姿勢維持：_____ <input type="checkbox"/> 03 移行及平衡能力：_____ <input type="checkbox"/> 04 搬運及抬舉能力：_____ <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 認知能力：_____ <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：_____	工作強化訓練後，對職務所需能力之增強部分： <input type="checkbox"/> 01 姿勢變換：_____ <input type="checkbox"/> 02 姿勢維持：_____ <input type="checkbox"/> 03 移行及平衡能力：_____ <input type="checkbox"/> 04 搬運及抬舉能力：_____ <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 認知能力：_____ <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：_____
	無法透過工作強化提升能力，尚需其他資源之敘述：_____

附表二-心理功能評估

職業災害勞工姓名		評估單位	
評估人員		評估日期	民國__年__月__日

一、職業災害勞工心理評估及目標
重建服務目標：
心理功能評估目標：

二、心理評估結果	
評估方式	<div><input type="checkbox"/>晤談及觀察： (含評估結果摘要，建議列點陳述之)</div> <div><input type="checkbox"/>標準化評估： (含評估工具類型、名稱、評估項目評估結果摘要，建議列點陳述之)</div> <div><input type="checkbox"/>其他：_____ (含評估工具類型、名稱、評估項目評估結果摘要，建議列點陳述之)</div>
綜合分析 與 介入建議	<div>綜合分析：_____</div> <div>(根據評估結果，聚焦於重建服務目標，分析職業災害勞工目前認知條件、心理功能、支持資源，以及職業災害後重建之助力與阻力等各項評估結果之總結，提供後續介入建議)</div> <div>介入建議：</div> <div><input type="checkbox"/>無須心理強化介入</div> <div><input type="checkbox"/>建議心理強化介入</div> <div><input type="checkbox"/>需改善情緒行為困擾或心理危機調適能力，建立適切的因應策略</div> <div><input type="checkbox"/>職涯方向待釐清</div> <div><input type="checkbox"/>需提升復工/就業心理準備度</div> <div><input type="checkbox"/>需提升職場適應能力</div> <div><input type="checkbox"/>其他:說明</div> <div><input type="checkbox"/>建議轉介身心科</div>

附件十二

E001D-心理功能評估報告

職業災害勞工姓名		評估單位		評估人員	
勞工到院情形	序號	評估日期	勞工是否到院		
	1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	以下自行新增				

一、職業災害勞工心理評估重點及目標
重建服務目標：
心理功能評估目標：

二、心理評估結果	
評估方式	<div><input type="checkbox"/>晤談及觀察： (含評估結果摘要，建議列點陳述之)</div> <div><input type="checkbox"/>標準化評估： (含評估工具類型、名稱、評估項目評估結果摘要，建議列點陳述之)</div> <div><input type="checkbox"/>其他：_____ (含評估工具類型、名稱、評估項目評估結果摘要，建議列點陳述之)</div>
綜合分析與介入建議	<div>綜合分析：_____ (根據評估結果，聚焦於重建服務目標，分析職業災害勞工目前認知條件、心理功能、支持資源，以及職業災害後重建之助力與阻力等各項評估結果之總結，提供後續介入建議)</div> <div>介入建議：<div><input type="checkbox"/>無須心理強化介入</div><div><input type="checkbox"/>建議心理強化介入<div><input type="checkbox"/>需改善情緒行為困擾或心理危機調適能力，建立適切的因應策略</div><div><input type="checkbox"/>職涯方向待釐清</div><div><input type="checkbox"/>需提升復工/就業心理準備度</div><div><input type="checkbox"/>需提升職場適應能力</div><div><input type="checkbox"/>其他:說明</div></div><div><input type="checkbox"/>建議轉介身心科</div></div>

附件十三

E002-工作分析報告

職業災害勞工姓名		評估單位		評估人員	
勞工到院情形	序號 1 以下自行新增	評估日期	勞工是否到院 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
本次職業災害診斷	診斷				
職業災害勞工職稱		工作場域	<input type="checkbox"/> 固定(如門市、工廠) <input type="checkbox"/> 不固定(如木工、營造業)		
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/目標職務之工作場域			
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	<input type="checkbox"/> 臨場：_____ 上傳欄位 (交通費單據/臨場服務出席簽到表) <input type="checkbox"/> 非臨場		

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	照片圖示上傳
	(說明此步驟所需達	(說明此步驟所	(說明此步驟與	上傳欄位

	到之操作標準，包含 操作動作、速度、精 準度、產量等)	需持續時間，一 日內需反覆執行 此步驟之次數)	本次職業傷病相 關之能力需求)	
工作項目 2：_____				
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
				上傳欄位
以下自行新增				

二、工作分析結果：

1. 職業災害勞工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)

附件十四

E003-專家評估建議報告/臨場服務紀錄

□本次評估需與職業災害勞工復工有直接相關性，例如：

1. 降低工作風險
2. 促進復工之措施

□本次評估不得與 E002 目標職務工作分析、E004 工作模擬評估之功能重複

職業災害勞工 姓名		身分證號 (居留證或護照號碼)										
評估人員姓名		評估人員職稱										
勞工到院情形	<table><tr><td>序號</td><td>評估日期</td><td>勞工是否到院</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td></tr><tr><td>以下自行新增</td><td></td><td></td></tr></table>			序號	評估日期	勞工是否到院	1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	以下自行新增		
序號	評估日期	勞工是否到院										
1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
以下自行新增												
評估地點	<div></div> <div>上傳欄位</div> <div>(交通費單據)</div>											
評估/服務目的	<div></div> <div>(請列點敘述本次臨場評估目的)</div>											
評估/服務內容	<div></div> <div>(請列點敘述本次臨場評估項目、內容，並且盡量搭配圖片或圖示說明)</div> <div>上傳欄位</div>											
結果及建議	<div></div> <div>(請列點敘述本次臨場評估結果，並且依結果提供相關建議，例如職務再設計、輔具使用、工作調整等內容)</div>											

附件十五

E004-工作模擬評估報告

評估單位		申請次數	<input type="checkbox"/> 第一次 <input type="checkbox"/> 第二次
------	--	------	---

第一次評估資料

第一次評估日期	民國__年__月__日	評估人員	
參與人員		評估地點	<input type="checkbox"/> 臨場評估：_____ <div>上傳欄位</div> <div>(交通費單據)</div> <input type="checkbox"/> 非臨場評估
評估目的			

第二次評估資料

第二次評估日期	民國__年__月__日	評估人員	
參與人員		評估地點	<input type="checkbox"/> 臨場評估：_____ <div>上傳欄位</div> <div>(交通費單據)</div> <input type="checkbox"/> 非臨場評估
評估目的			

一、基本資料

職業災害勞工姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
年齡	__歲	職稱	
工作內容簡述	(請簡述職業災害勞工職務名稱、工作事項或操作機台等)		

二、工作模擬評估

工作項目	工作內容	速度標準/ 品質標準	模擬設計	照片上傳	結果說明 (第一次)	結果說明 (第二次)
(例如：搬		(例如：1	(說明評估進行	<div>上傳欄位</div>	(簡述評估結	

運大型音響)		分鐘完成幾件)	方式，例如工作環境、工具／設備、操作方式等模擬面向。例：坐在 75 公分高、60 公分深、120 公分長下面鏤空工作台上包裝 4 尺長燈管)		果之觀察)	
以下自行新增						

三、評估結果解釋：(針對評量內容與結果，解釋職業災害勞工若要從事該模擬工作，目前能力是否符合標準，請簡述原職務工作需求，例如需在多少時間內完成哪些工作項目中的姿勢動作、手工具使用、負重、重複性、操作時間等，以及評估過程之觀察與初步評估結果)

申請次數	說明	評估難度
第一次		<input type="checkbox"/> 複雜版 <input type="checkbox"/> 簡易版
第二次		<input type="checkbox"/> 複雜版 <input type="checkbox"/> 簡易版

附件十六

E005-其他評估

一、基本資料

評估單位		職業災害勞工姓名	
出生日期	民國__年__月__日	年齡	__歲
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	職業災害發生時 雇主資訊	
職業傷害發生/ 職業病確診時間	民國__年__月__日	職業災害發生經過 及受傷情形	

二、評估結果

次數	項目	評估日期	勞工是 否到院	評估報告 完成日期	評估 人員	評估結果 摘要	評估報告 上傳
1		民國__年 __月__日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	民國__年 __月__日			<div>上傳欄位</div>
2							
(以下自行新增)							

附件十七

E006-職業輔導評量報告及職評說明會議紀錄

評量單位		報告填寫人員		填寫日期	民國__年__月__日
------	--	--------	--	------	-------------

一、基本資料

職業災害勞工姓名		身分證號 (居留證或 護照號碼)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
出生日期	民國__年__月__日		年齡	__歲	
身高(公分)			體重(公斤)		
身分別	<input type="checkbox"/> 一般身分 <input type="checkbox"/> 失能勞工，失能等級：____ <input type="checkbox"/> 中高齡者或高齡者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶中有工作能力者 <input type="checkbox"/> 長期失業者 <input type="checkbox"/> 二度就業婦女 <input type="checkbox"/> 家庭暴力被害人 <input type="checkbox"/> 更生受保護人 <input type="checkbox"/> 獨立負擔家計者 <input type="checkbox"/> 移工(外國人) <input type="checkbox"/> 未成年(兒少) <input type="checkbox"/> 其他：____				
聯絡電話	家：____ 公：____ 手機：____				
通訊地址	縣市：____ (郵遞區號)鄉鎮市區____ 地址：____				
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上 縣市：____ (郵遞區號)鄉鎮市區____ 地址：____				
主要聯絡人	姓名：____ 關係：____ 聯絡電話：____				
次要聯絡人	姓名：____ 關係：____ 聯絡電話：____				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居				
最高學歷	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職)，科別____ <input type="checkbox"/> 大專或大學，科別：____ <input type="checkbox"/> 碩士，科別：____ <input type="checkbox"/> 博士，科別：____ <input type="checkbox"/> 其他：____				
工作史暨職業技能					
(一)工作史：為提供未來復工或再就業職務調整時參考，請描述最近五年曾經從事過的工作與職務，由最近之工作開始填寫(包含本次傷病時的工作)。					
公司名稱	工作內容	起迄時間	工作型態	備註	

		(年/月)						
1.					<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他			
2.					<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他			
3.					<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他			
(二)職業傷病時的工作狀況								
工作內容	(請敘述工作名稱及工作內容，例如：搬運紙張、駕駛堆高機，操作推車將紙張運輸至機台處。工作內容請列點敘述，並且依重要性、所佔時間比例或工作順序依序撰寫)							
工作所需使用之儀器、機器、工具或安全保護設備	(請簡述所需使用儀器、機器、工具、安全保護設備之名稱，並且分類列點撰寫，以了解傷病時工作所需要的操作與認知功能及工作技巧)							
工作所需勞動體力(體耐力與負重) (請綜合抬舉、搬運、攀爬、彎腰、姿勢交換、行走之圖選結果圈選勞動等級)	抬舉(經常/偶而)(公斤)	0/4.5	4.5/9.1	9.1/22.7	22.7/45.5	22.7/45.5+		
	搬運(經常/偶而)(公斤)	0/4.5	6.8/9.1	11.4/22.7	22.7/45.5	34.1/45.5+		
	攀爬(經常/偶而)	無/斜坡	無/樓梯	樓梯/梯子	鷹架/柱子	柱子/繩索		
	彎腰、蹲、轉身 (次/小時)	0	15	30	50	60+		
	持續坐/站姿勢交換(分鐘)	30	45	90	180/150	210/180+		
	行走	1	3	4	5	7		

	(小時/天)					
	勞動 等級	靜態	輕度 負重	中度 負重	重度 負重	極重度 負重
傷病造成無法從事工作內容	(依職業災害勞工主訴填寫，簡述原職務無法從事工作內容及原因，藉此了解職業災害勞工對於自己身體能力的認識及工作之要求)					
傷病後仍可從事的工作內容	(依職業災害勞工主訴填寫，簡述原職務可從事之工作內容及原因，藉此了解職業災害勞工對於自己身體能力的認識及工作之要求)					
(三)職業技能						
項目	傷病前具備之職業技能					目前技能
駕駛種類	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自用小客車 <input type="checkbox"/> 商用小客車 <input type="checkbox"/> 商用大客車 <input type="checkbox"/> 貨車 <input type="checkbox"/> 聯結車 <input type="checkbox"/> 摩托車 <input type="checkbox"/> 其他					<input type="checkbox"/> 不適用 () <input type="checkbox"/> 適用
相關技能檢定	<input type="checkbox"/> 1. _____合格 <input type="checkbox"/> 2. _____合格 <input type="checkbox"/> 3. _____合格					<input type="checkbox"/> 不適用 () <input type="checkbox"/> 適用
職業訓練	名稱	內容	起訖時間			<input type="checkbox"/> 不適用 () <input type="checkbox"/> 適用
	1.		<input type="checkbox"/> 民國____年____月至民國____年____月 <input type="checkbox"/> 不清楚			
	2.		<input type="checkbox"/> 民國____年____月至民國____年____月 <input type="checkbox"/> 不清楚			
	3.		<input type="checkbox"/> 民國____年____月至民國____年____月 <input type="checkbox"/> 不清楚			

二、接受職業輔導評量原因

--

三、評量內容

評量 次數	評量 重點	評量方式或工具	評量 人員	實際評量日期	勞工是否 到院	時數
1					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	__小時
2					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	__小時
以下自行新增						
統計服務時數						__小時

四、評量結果/分析（依實際進行評量結果撰寫，以下分類僅供參考）

（一）工作人格（性格/情緒/工作態度/人際互動…….）

--

（二）學習特性（認知過程/學習方式……）

--

（三）職業方向（職業興趣/性向/期待/工作技能/職場環境/工作型態）

--

（四）其他（如：家庭/環境支持狀況）

--

五、綜合建議（應針對轉介目的及輔導策略提供建議，供後續服務人員參考）

--

六、其他（相關附件，如分測驗報告及其他相關資料）

上傳欄位

七、職業輔導評量說明會會議紀錄

會議日期	會議時間	
會議地點	會議紀錄人員	
會議流程 與內容	一、討論問題與內容摘要： （職評說明會當天寫下討論內容）	
	二、討論共識與決議： （職評說明會當天寫下討論共識，盡可能具體列出人、事、時、地、物，作為後續追蹤之依據，下表可依實際需要修改）	
	決議項目（一）	負責人員職稱/姓名
	1.	
	2.	
	...	
	決議項目（二）	
	1.	
	2.	
	...	

出席人員姓名及身分	出席者姓名	出席者身分

上傳欄位(上傳職業輔導評量報告及職評說明會議紀錄簽名版本)

附件十八

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		職災發生時雇主資訊	
目標工作職務		職業傷害發生 / 職業病確診時間	民國__年__月__日
職能復健機構服務人員		職業醫學科專科醫師	
勞工到院情形	序號	服務日期	勞工是否到院
	1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	以下自行新增		

二、評估結果及建議			
本次職業災害診斷			
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)	填寫日期	民國__年__月__日
<div><input type="checkbox"/>原職務，全時復工</div> <div><input type="checkbox"/>職務調整，說明：<div><input type="checkbox"/>調整工作場所</div><div><input type="checkbox"/>更換工作內容</div><div><input type="checkbox"/>調整工作時間</div><div><input type="checkbox"/>漸進式復工</div><div><input type="checkbox"/>其他：_____</div></div> <div>若無法配合上述職務調整建議，建議先行停工</div> <div><input type="checkbox"/>現階段不建議復工，由_____（負責追蹤復工能力狀況之人員，如：職業傷病個</div>			

案管理師、職能復健專業機構治療師)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)
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 關節活動度	<input type="checkbox"/>
以下自行新增	<input type="checkbox"/>
限制說明：	
處遇/職場配合建議：	

四、適應狀況及建議	
心理功能/社會適應	有問題(勾選並說明)

01 創傷因應	<input type="checkbox"/>
02 職場適應	<input type="checkbox"/>
03 職涯	<input type="checkbox"/>
以下自行新增	<input type="checkbox"/>
問題說明：	
處遇/職場配合建議：	

五、其他影響工作表現或安全之藥物/醫學狀況及建議	
影響工作表現或安全性之藥物/醫療狀況	有問題(勾選並說明)
01 皮膚對溫度敏感度	<input type="checkbox"/>
以下自行新增	<input type="checkbox"/>
問題說明：	
處遇/職場配合建議：	

六、其他重返職場建議	
(若有其他針對重返職場相關建議未於上述欄位敘述，可於此填寫，例如需要職務再設計、職場訪視、輔助器具、職場環境改造、需補充之醫療相關資訊、需特別備註之工作能力評估結果、職務內容所需能力、職災害勞工重返職場執行期程等。	
職業醫學科專科醫師簽名：_____ 簽署日期：_____	

七、職業災害勞工同意書	
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訂之用。	
職業災害勞工簽名：_____	簽署日期：_____
雇主簽名：_____	簽署日期：_____

上傳欄位(應上傳相關簽署文件)

附件十九

T002A-生理工作能力強化訓練計畫

服務單位		計畫擬訂日期	民國__年__月__日
服務人員		使用時數	(撰寫計畫使用時數)
勞工是否到院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

一、基本資料

職業災害勞工姓名		身分證號 (居留證或 護照號碼)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
職業傷害發生/ 職業病確診時間	民國__年__月__日		年齡	__歲	
本次職業災害 診斷	<div>診斷</div> <div></div>				

二、生理工作能力強化訓練計畫擬訂

生理工作能力 強化訓練目標			
使用時數預估		預計頻率	
生理功能評估 結果摘要			

整體目標			
目標工作內容	預計達成目標(量化)	訓練活動/方式	備註
(例如：搬運音響)	[例：雙手搬運及雙手抬舉(地到腰)大型音響(100公分*120公分)之承重可達20公斤，且可模擬抬舉大型音響來回10公尺，持續10分鐘]	(活動/方式應與最終應達成之目標、職務內容有直接關聯性。)	(若訓練活動/方式包含職務再設計，請於此欄位說明作法。)
以下自行新增			

附件二十

T002B-生理工作能力強化訓練紀錄

服務單位		服務人員		計畫擬訂日期	民國__年__月__日
------	--	------	--	--------	-------------

一、基本資料

職業災害勞工姓名		身分證號(居留證或護照號碼)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
職業傷害發生/職業病確診時間	民國__年__月__日	年齡	__歲		
本次職業災害診斷	診斷				
生理工作能力強化訓練目標					

二、訓練紀錄

訓練次數	日期	目標工作內容	訓練內容	訓練內容照片上傳	當次職業災害勞工之表現及進展	治療師	服務時數
第__次	民國__年__月__日	(依據目標職務內容，可列點式說明工作內容與目標)		上傳欄位	(摘要職業災害勞工於訓練過程之表現、感受、觀察以及當週發現之狀況，並於此處記錄依據當次訓練項目目標、記載訓練結果及下次訓練規劃)		__小時
以下自行新增							
統計服務時數							__小時

註：若職業災害勞工當週皆無服務，還是新增週次，並於表現紀錄上註明未出席原因

附件二十一

T002C/D-生理工作能力強化訓練結案評估報告

服務單位		結評日期	民國__年__月__日
服務人員		使用時數	(撰寫結案評估報告使用時數)
評估難度	<input type="checkbox"/> 簡易版 <input type="checkbox"/> 複雜版		
勞工到院情形	序號	評估日期	勞工是否到院
	1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	以下自行新增		

一、基本資料

職業災害勞工姓名		身分證號 (居留證或 護照號碼)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
職業傷害發生/ 職業病確診時間	民國__年__月__日		年齡	__ 歲	
本次職業災害 診斷	診斷				

二、個別訓練歷程

訓練起訖日	民國__年__月__日至民國__年__月__日
生理工作能力強化 訓練目標	

三、評估結果及建議

評估內容摘要	<input type="checkbox"/> 生理功能評估：_____
	<input type="checkbox"/> 工作模擬評估：_____
	<input type="checkbox"/> 其他評估：_____
	上傳欄位

職業災害勞工之疼痛狀況	<div></div> (記錄職業災害勞工是否在執行工作或某項特定工作時會有疼痛感，若有請紀錄疼痛部位及疼痛程度)
結評時狀態 (單選)	<div><input type="checkbox"/> 能力提升，符合目標職務需求</div> <div><input type="checkbox"/> 能力提升，未完全符合目標職務需求</div> <div><input type="checkbox"/> 目標改變，能力可勝任新目標職務；說明：<div></div></div> <div><input type="checkbox"/> 目標改變，能力無法勝任新目標職務；說明：<div></div></div> <div><input type="checkbox"/> 經訓練後能力無提升；後續建議：<div></div></div> <div><input type="checkbox"/> 其他；說明：<div></div></div>
生理工作能力強化訓練目標達成情形	<div><input type="checkbox"/> 達成訓練目標</div> <div><input type="checkbox"/> 未達訓練目標</div>
達成情形說明	
職務內容建議	<div></div> (對勞工有危害之職務內容建議需在結案報告中述明，預防勞工再次受傷)
追蹤建議	<div></div> (請以列點方式說明此職業災害勞工後續追蹤重點供職能復健個管師參考)

附件二十二

T003A-心理工作能力強化訓練計畫

服務單位		計畫擬訂日期	民國__年__月__日
服務人員		使用時數	(撰寫計畫使用時數)
勞工是否到院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

一、基本資料

職業災害勞工姓名		身分證號(居留證或護照號碼)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
職業傷害發生/職業病確診時間	民國__年__月__日		年齡	__歲	
本次職業災害診斷	<div>診斷</div> <div></div>				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居				
支持系統評估	社會支持網絡：_____ 主要支持者：_____ 關係：_____				

二、訓練計畫

心理工作能力強化訓練目標			
預計頻率		使用時數預估	
心理評估結果摘要			

<p>訓練計畫</p>	<p>(依據介入目標、介入期程及心理評估結果，擬訂完介入計畫，並依重要性及/或時序列點撰寫之，另建議簡述欲使用的策略或技術。若於介入時數安排上有特別安排，例如欲於職業災害勞工重返職場前加強訓練時數，亦可於此撰寫時數運用預計作法。)</p>
-------------	---

附件二十三

T003B-心理工作能力強化訓練紀錄

職業災害勞工 姓名		身分證號 (居留證或護照號碼)	
服務單位		服務人員	

服務摘要						
心理 工作 能力 強化 訓練 目標						
訓練 計畫						
訓練 紀錄	次	當次訓練目標	當次訓練摘要	心理師	服務日期	時數
	1	(應對應上方欄位之訓練目標與訓練計畫，以呈現訓練方向與整體重建方向一致)	(請簡述職業災害勞工進展之變化，若因實務需求需調整介入計畫，請簡述原因及新計畫內容)		民國__年__月__日	__小時
	2					
	以下自行新增					
	統計服務時數			共__小時		

附件二十四

T003C-心理工作能力強化訓練結案評估報告

職業災害勞工姓名		身分證號 (居留證或護照號碼)																						
服務人員		初評日期	民國____年____月____日																					
使用時數	(撰寫結案評估報告使用時數)																							
勞工到院情形	<table><tr><td>序號</td><td>結評日期</td><td colspan="4">勞工是否到院</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td colspan="4"><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td></tr><tr><td>新增</td><td></td><td colspan="4"></td></tr></table>						序號	結評日期	勞工是否到院				1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				新增					
序號	結評日期	勞工是否到院																						
1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																						
新增																								
心理工作能力強化訓練目標																								
簡式健康量表	請您仔細回想在 最近一星期中（包括今天） ，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後 圈選 一個您認為最能代表您感覺的答案。																							
	項次	問 題	完全沒有	輕微	中等程度	符合	非常符合																	
	1	睡眠困難, 譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4																	
	2	感覺緊張不安	0	1	2	3	4																	
	3	覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4																	
	4	感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4																	
	5	覺得比不上別人	0	1	2	3	4																	
	6	有自殺的想法	0	1	2	3	4																	
	· 總分____分																							
· 心理師摘要說明：_____																								
職涯與就業問題調查	請您仔細回想在最近1個月內，請問您發生職業災害事件迄今，是否有以下狀況出現？																							
	項次	問 題	完全沒有	偶爾如此	有時如此	經常如此	總是如此																	
	1	我擔心不能適應原公司的職務	0	1	2	3	4																	
	2	我對於無法順利返回原職場感到煩惱	0	1	2	3	4																	
	3	我需要提供工作尋找技巧的協助	0	1	2	3	4																	
4	我擔心適應新的就業環境	0	1	2	3	4																		

	<table border="1"> <tr> <td>5</td><td>我對於未來工作感到茫然</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	5	我對於未來工作感到茫然	0	1	2	3	4
5	我對於未來工作感到茫然	0	1	2	3	4		
	· 總分____分 · 心理師摘要說明：_____							
評估結果解釋	<input type="checkbox"/> 晤談及觀察，說明：_____ （含晤談及觀察重點摘要，建議列點陳述之） <input type="checkbox"/> 標準化工具評估，說明：_____ （含評估項目、評估工具名稱、評估結果摘要，建議列點陳述之） <input type="checkbox"/> 其他：_____ （含評估項目、評估方法簡述、評估結果摘要，建議列點陳述之）							
結評時狀態 （複選）	<input type="checkbox"/> 情緒行為困擾或心理危機已改善，已建立適切的因應策略 <input type="checkbox"/> 目標職務改變，創傷/壓力刺激已解除；說明：_____ <input type="checkbox"/> 職涯方向已釐清 <input type="checkbox"/> 復工/就業準備度已提升(如工作動機) <input type="checkbox"/> 職場適應能力已提升，能持續工作 <input type="checkbox"/> 仍有情緒行為困擾，建議須長期心理支持/介入 <input type="checkbox"/> 其他；說明：_____							
心理工作能力 強化訓練目標 達成情形	<input type="checkbox"/> 達成訓練目標 <input type="checkbox"/> 未達訓練目標							
達成情形說明								
追蹤建議	_____ （列點簡述職業災害勞工結束後仍應注意事項或是於個案管理時之追蹤重點）							

附件二十五

T004A-輔助設施評估報告/職務再設計評估建議報告

職業災害勞工姓名		服務單位			
評估人員		評估日期	民國__年__月__日		
評估類型	<input type="checkbox"/> 職務再設計 <input type="checkbox"/> 輔助設施				
身心障礙障別/等級		失能等級			
職場訪視日期	民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 無法訪視 <input type="checkbox"/> 不需要訪視	評估報告 完成日期	民國__年__月__日		
職場訪視地點	_____ <input type="checkbox"/> 無訪視				
交通/差旅費	____元 上傳欄位（交通費單據上傳）				
工作職稱/職務內容 描述	_____ （請簡述職業災害勞工職稱及主要職務內容，並依主要性或重要性依序撰寫）				
本次職業災害診斷	<table><tr><td>診斷</td></tr><tr><td></td></tr></table>			診斷	
診斷					

一、評估結果及建議

就業問題及困難陳述	_____ （請以列點方式撰寫職業災害勞工因職業災害所致在工作職務上遭遇的困難或障礙）
建議改善之方法	_____ （請對應前述之就業問題及困難敘述撰寫建議之改善方法，並且依敘述需要可附上相關圖片） 上傳欄位 <input type="checkbox"/> 此案須由財團法人職業災害預防及重建中心協助申請專家協助評估

整體建議	<input type="checkbox"/> 工作條件改善 <input type="checkbox"/> 工作環境改善 <input type="checkbox"/> 工作機具改善 <input type="checkbox"/> 工作內容調整 <input type="checkbox"/> 提供就業輔具 說明：_____
附件檔案	<input type="checkbox"/> 工作/職務分析報告 上傳欄位 <input type="checkbox"/> 報價相關資料 上傳欄位 <input type="checkbox"/> 其他 上傳欄位

二、職務再設計服務紀錄單(額度：每日最多 2 人，每案 5 日為限)

項次	日期	勞工是否到院	服務內容摘要	服務人員
1	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____ (請列點簡述該日職務再設計服務內容，例如尺寸丈量、輔具穿戴適配等)	
2				
以下自行新增				

三、成果追蹤(請於 T004A 報告完成送審 90 日後之 1 個月內追蹤職務再設計執行情形)

成果追蹤說明：_____ (請依第一點之建議改善方法列點順序說明輔助設施/職務再設計改善後之困難改善情形。)
<input type="checkbox"/> 改善後情形與建議報告相符 <input type="checkbox"/> 改善後情形與建議報告不相符

附件二十六

T004B-職務再設計成果報告

職業災害勞工姓名		服務單位																									
評估人員		評估報告完成日期	民國__年__月__日																								
職業災害診斷	<table><tr><td>診斷</td></tr><tr><td></td></tr></table>			診斷																							
診斷																											
工作職稱/職務內容描述	(請簡述職業災害勞工職稱及主要職務內容，並依主要性或重要性依序撰寫)																										
職務再設計改善項目及金額																											
<table><tr><th>項目</th><th>單位</th><th>單價</th><th>數量</th><th>實際金額</th><th>備註</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="6">實際金額合計：新臺幣_____元</td></tr></table>				項目	單位	單價	數量	實際金額	備註													實際金額合計：新臺幣_____元					
項目	單位	單價	數量	實際金額	備註																						
實際金額合計：新臺幣_____元																											
改善說明																											
改善前之說明：_____ (請簡述職業災害勞工因職業災害所遭遇之從事職務困難、預計改善作法，建議列點並且將困難與作法相互對應撰寫。請搭配圖片說明。)																											
上傳欄位																											
改善後之說明：_____ (請依改善前說明之列點順序說明職務再設計後之困難改善情形，請搭配圖片說明。)																											
上傳欄位																											
<input type="checkbox"/> 改善後情形與建議報告相符 <input type="checkbox"/> 改善後情形與建議報告不相符																											
系統可增加附件資料(上傳支出單據，例如：發票、收據)																											
附件資料																											
上傳欄位																											

附件二十七

T004C-輔具評估及建議

評估單位		轉介日期	民國__年__月__日									
填寫人員		評估人員										
輔具項目名稱		評估報告完成日期	民國__年__月__日									
勞工到院情形	<table><tr><td>序號</td><td>評估日期</td><td>勞工是否到院</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td></tr><tr><td>以下自行新增</td><td></td><td></td></tr></table>			序號	評估日期	勞工是否到院	1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	以下自行新增		
序號	評估日期	勞工是否到院										
1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
以下自行新增												

一、基本資料

職業災害勞工姓名		身分證號(居留證或護照號碼)										
出生日期	民國__年__月__日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他									
評估時年齡	__歲											
身分別	<input type="checkbox"/> 一般身分 <input type="checkbox"/> 失能勞工，失能等級：_____ <input type="checkbox"/> 中高齡者或高齡者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶中有工作能力者 <input type="checkbox"/> 長期失業者 <input type="checkbox"/> 二度就業婦女 <input type="checkbox"/> 家庭暴力被害人 <input type="checkbox"/> 更生受保護人 <input type="checkbox"/> 獨立負擔家計者 <input type="checkbox"/> 移工(外國人) <input type="checkbox"/> 未成年(兒少) <input type="checkbox"/> 其他：_____											
身心障礙證明	<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 <input type="checkbox"/> 不確定(職業災害勞工不願回答或不便詢問) <input type="checkbox"/> 有 <table><tr><td>時間</td><td>障礙類別</td><td>障礙等級</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>職業災害前</td><td></td><td><input type="checkbox"/>輕度 <input type="checkbox"/>中度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>極重度</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>職業災害後</td><td></td><td><input type="checkbox"/>輕度 <input type="checkbox"/>中度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>極重度</td></tr></table>			時間	障礙類別	障礙等級	<input type="checkbox"/> 職業災害前		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	<input type="checkbox"/> 職業災害後		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
時間	障礙類別	障礙等級										
<input type="checkbox"/> 職業災害前		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度										
<input type="checkbox"/> 職業災害後		<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度										
聯絡電話	家：_____ 公：_____ 手機：_____											

通訊地址	縣市：_____（郵遞區號）鄉鎮市區：_____ 地址：_____
主要聯絡人	姓名：_____ 關係：_____ 聯絡電話：_____

職業傷害發生/職業病確診時間	民國__年__月__日		
職業災害發生經過及受傷情形			
職災類型	<input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 職業病		
本次職業災害診斷	<table><tr><td>診斷</td></tr><tr><td></td></tr></table>	診斷	
診斷			
職業災害發生時雇主資訊	公司名稱：_____ 統編：_____ 電話：_____		
職業災害發生時職稱			

二、輔具評估結果

預計使用的場合(可複選)	<input type="checkbox"/> 居家生活 <input type="checkbox"/> 職場就業 <input type="checkbox"/> 其他：_____
活動需求	
評估結果摘要	

三、中央主管機關轉介佐證文件上傳：

上傳欄位

四、輔具評估報告上傳：

上傳欄位

附件二十八

服務項目清單

- 一、申請單位：_____
- 二、申請期間：____年__月至__年__月
- 三、申請補助總金額：

項目	申請補助金額(元)
(一) 職業災害勞工篩檢追蹤費	
(二) 重建服務計畫開案相關服務費用	
(三) 重建服務計畫評估費用	
(四) 職能復健服務介入費用	
合 計	

四、申請明細如下：

(一) 職業災害勞工篩檢追蹤費

申報代碼	補助項目	補助費用 (新臺幣)	申報次數	申請補助金額(元)
C001	職業災害個案篩檢費	2,000元/次		
C002	職業災害個案追蹤費	300元/次		
小計				

(二) 重建服務計畫開案相關服務費用

申報代碼	補助項目	補助費用 (新臺幣)	申報次數/ 時數	申請補助金額(元)
P001	重建服務計畫開案晤談費	800元/小時		
P002	重建服務計畫醫師評估費	1,500元/次		
P003	重建服務計畫擬訂定費	2,000元/件		
P004	重建服務計畫個案管理費	4,000元/案		
小計				

(三) 重建服務計畫評估費用

申報代碼	補助項目	補助費用 (新臺幣)	申報次數/ 時數	申請補助金額(元)
E001A	功能性能力評估(複雜版)	6,000元/次		
E001B	功能性能力評估(中度版)	4,000元/次		
E001C	功能性能力評估(簡易版)	2,000元/次		
E001D	功能性能力評估(心理)	2,000元/次		
E002A	目標職務工作分析(臨場)	5,000元/件		
E002B	目標職務工作分析(非臨場)	3,000元/件		
E003	臨場評估(醫師、醫事人員、專家)	1,500元/人		
E004A	工作模擬評估(簡易版)	2,000元/次		
E004B	工作模擬評估(複雜版)	4,500元/次		
E005	其他有必要之評估費用	1,500元/次		
E006	職業輔導評量服務費	750元/小時		
小計				

(四) 職能復健服務介入費用

申報代碼	補助項目	補助費用 (新臺幣)	申報次數/ 時數/金額	申請補助金額(元)
T001	復工計畫建議報告	2,000元/件		
T002A	生理工作能力強化訓練計畫	1,200元/次		
T002B	生理工作能力強化訓練	1,200元/小時		
T002C	生理工作能力強化訓練結案評估(簡易版)	2,000元/次		
T002D	生理工作能力強化訓練結案評估(複雜版)	4,000元/次		
T003A	心理工作能力強化訓練計畫	1,600元/次		
T003B	心理工作能力強化訓練	1,600元/小時		
T003C	心理工作能力強化訓練	2,000元/次		

	練結案評估			
T004A	輔助設施評估/職務再設計服務費	1,200元/日		
T004B	職務再設計耗材費	核實支付		
T004C	輔具評估及建議	600元/項		
A003	設備租賃費	核實支付		
A004	必要之交通/差旅費	依國內出差旅費報支要點核實支付		
A005	其他非表列項目，經中央主管機關審核通過	依審核結果		
小計				

五、上開申請項目是否向二個以上機關申請補助：

☐否

☐是，請填具下列明細：

申報代碼	補助項目	機關名稱	金額

醫療機構全銜：(印信)

代表人/負責醫師：(簽章)

會計單位：(簽章)

製表日：民國____年____月____日 (列印時間)