

職業災害勞工職能復健服務手冊

勞動部

114 年 2 月修訂

序言

依勞工職業災害保險及保護法（以下簡稱災保法）第 66 條規定，為使職業災害勞工恢復並強化其工作能力，雇主或職業災害勞工得向中央主管機關認可之職業災害勞工職能復健專業機構（以下簡稱認可職能復健機構）提出申請，協助其擬訂復工計畫，進行職業災害勞工工作分析、功能性能力評估及增進其生理心理功能之強化訓練等職能復健服務。認可職能復健機構辦理前述所定服務事項，得向中央主管機關申請補助。

為明確認可職能復健機構執行前述補助業務之服務內容與執行方式，及提供各項服務表單填寫規範，由勞動部職業安全衛生署（以下簡稱職安署）與財團法人職業災害預防及重建中心（以下簡稱職災預防及重建中心）共同研訂本手冊，期使各認可職能復健機構於執行職業災害勞工職能復健服務時能有所依循，並利各專責醫院得順利執行本項業務。

目錄

序言	i
目錄	ii
圖目錄	v
表目錄	vi
壹、職業災害勞工職能復健專業機構相關定義與法源	1
一、職業災害勞工重建服務	1
二、認可職能復健專業機構	1
三、認可職能復健機構人員	2
(一) 職業醫學科專科醫師	2
(二) 職能復健個案管理人員	3
(三) 職能復健專業人員（治療師/心理師）	4
貳、認可職能復健專業機構服務紀錄審查重點及給付項目說明	6
一、給付項目及補助基準申報代碼說明	6
二、各階段意涵及申請規範說明	9
(一) A 篩檢追蹤階段	9
C001 職業災害勞工重建服務需求篩檢表	11
C002 職業災害勞工追蹤紀錄表	13
(二) B 服務前階段	15
P001 職業災害勞工重建服務需求評估表	17
P002 重建服務醫囑單	19
P003 職業災害勞工重建服務計畫擬訂表	21
P004 職業災害勞工重建服務管理紀錄表	24
(三) C 服務階段	26
E001 綜合功能性能力評估報告	26
E002 工作分析報告	29
E003 專家評估建議報告/臨場服務紀錄	32
E004 工作模擬評估報告	33
E005 其他有必要之評估	35

E006 職業輔導評量報告及職評說明會議紀錄	37
T001 職業災害勞工復工計畫建議報告	39
T002A/B/C/D 生理工作能力強化訓練計畫/紀錄/結案評估報告	41
T003A/B/C 心理工作能力強化訓練計畫/紀錄/結案評估報告	45
T004A 輔助設施評估報告/職務再設計評估建議報告	48
T004B 職務再設計成果報告	52
T004C 輔具評估及建議	53
(四) D 結案階段	55
P004 職業災害勞工重建服務管理紀錄表（結案追蹤及評估）	55
(五) 輔助設施補助流程說明	59
(六) 其他費用申請補助說明	62
(七) 重建服務線上申請項目	62
附件一、C001-職業災害勞工重建服務需求篩檢表	63
職業災害勞工重建服務轉介表	68
附件二、C002-職業災害勞工職業災害勞工追蹤紀錄表	69
附件三、P001-職業災害勞工重建服務需求評估表	71
附件四、P002-重建服務醫囑單/P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表	83
附件五、P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表	88
附件六、E001A/B/C-綜合功能性能力評估報告	92
附表一-生理功能評估	95
附表二-心理功能評估	102
附件七、E001D-心理功能評估報告	103
附件八、E002-工作分析報告	104
附件九、E003-專家評估建議報告/臨場服務紀錄	106
附件十、E004-工作模擬評估報告	107
附件十一、E005-其他評估	109
附件十二、E006-職業輔導評量報告及職評說明會議紀錄	110
附件十三、T001-職業災害勞工復工計畫建議報告	115
附件十四、T002A-生理工作能力強化訓練計畫	118

附件十五、T002B-生理工作能力強化訓練紀錄	119
附件十六、T002C/D-生理工作能力強化訓練結案評估報告	120
附件十七、T003A-心理工作能力強化訓練計畫	122
附件十八、T003B-心理工作能力強化訓練紀錄	123
附件十九、T003C-心理工作能力強化訓練結案評估報告	124
附件二十、T004A-輔助設施評估報告/職務再設計評估建議報告	126
附件二十一、T004B-職務再設計成果報告	128
附件二十二、T004C-輔具評估及建議	129

圖目錄

圖 1 職業災害勞工重建服務流程	8
圖 2 輔助設施補助項目及費用審核流程	61

表目錄

表 1 認可職能復健機構各服務階段之內容	6
表 2 重建服務需求篩檢追蹤之服務對象規範及佐證資料	10
表 3 篩檢終止追蹤原因	13
表 4 重建服務需求評估表（P001）之服務對象規範及應檢附職業災害證明資料	16

壹、職業災害勞工職能復健專業機構相關定義與法源

認可職業災害勞工職能復健專業機構（以下簡稱認可職能復健機構）係指經中央主管機構認可，辦理職業災害勞工工作分析、功能性能力評估、增進或恢復其生理心理功能強化訓練等職能復健服務之醫療機構。認可職能復健機構中應具備必要的專業服務人員，包含職業醫學科專科醫師、職能治療師或物理治療師與諮商心理師或臨床心理師，以及必要之場地與設備，以執行職業災害勞工個案管理服務及各項職能復健專業服務。於認可職能復健機構內就診之遭遇職業災害或疑似遭遇職業災害勞工經由職能復健個案管理師與具個案管理權限之職能復健專業人員篩檢與追蹤，或視其職災身分與需求進行後續職災重建服務計畫或協助職場轉銜等。認可職能復健機構可提供職業災害勞工職能復健服務，並向中央主管機關申報服務補助費用，並無服務個案人數及其補助費用上限之規定。

以下說明認可職能復健機構相關定義與法源依據：

一、職業災害勞工重建服務

（一）法源依據：災保法第 64 條。

（二）服務內容：職業災害勞工重建服務包含醫療復健、社會復健、職能復健及職業重建。

相關服務單位多元，包含地方政府、職業傷病診治專責醫院（以下簡稱認可醫療機構）、認可職能復健機構以及各醫療院所等。

二、認可職能復健專業機構

（一）法源依據：災保法第 66 條及職業災害勞工職能復健專業機構認可管理及補助辦法（以下簡稱補助辦法）。

（二）服務內容：整合機構內資源以提供職能復健服務，包含職業災害或疑似職業災害勞工篩檢與追蹤、職業災害後重建服務需求評估、職業災害重建服務計畫、生理/心理能力評估、工作分析、復工計畫建議、生理/心理工作能力強化訓練、輔助設施評估/職務再設計及輔具評估等，其應辦理事項如下：

1. 協助雇主或職業災害勞工擬訂復工計畫。
2. 職業災害勞工工作分析。

3. 職業災害勞工功能性能力評估。
4. 增進或恢復職業災害勞工生理心理功能之強化訓練。
5. 職業災害勞工輔助設施、器具、設備、機具與工作環境改善等需求評估，及合理調整或職務再設計方法之建議。
6. 職業災害勞工個案管理服務及後續復工情形之追蹤。
7. 其他職業災害勞工復工協助。

(三) 補助基準及基本服務量要求：

認可職能復健機構每年度應達成下列各款之基本服務量：

1. 協助職業災害勞工進行個案管理，至少 50 件。
2. 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。
3. 花蓮縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣機構，中央主管機關得按該地區服務需求，等比率酌減前項各款之基本服務量。
4. 相關服務費用之給付項目、費用及申報上限依補助辦法第 19 條及其附表規定。

三、認可職能復健機構人員

(一) 職業醫學科專科醫師：

1. 法源依據：補助辦法第 3 條第 1 項第 2 款第 1 目、第 15 條第 1 款。
2. 人員資格：
 - (1) 具備職業醫學科專科醫師證書及執業執照。
 - (2) 自執行職能復健服務起，每年應參與中央主管機關辦理之個案研討會，至少 3 小時。
3. 職責：
 - (1) 確認職業災害勞工身分是否符合重建服務對象規範。
 - (2) 於適當時機開立重建服務醫囑單，提供職業災害勞工重建服務需求、目標

與服務項目等建議，協助重建服務計畫擬訂與調整。

- (3) 提供復工/配工評估及建議，或 T001 職業災害勞工復工計畫建議報告。
- (4) 提供職業災害勞工傷病相關醫療或醫療復健處遇建議及後續追蹤事項。
- (5) 視職業災害勞工實際需求，協同其他科部主治醫師執行職能復健服務。
- (6) 於完成各個職能復健服務項目之日起 10 個工作日內，於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」填寫服務紀錄表單，向中央主管機關申報服務內容。

4. 「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」權限：

- (1) 可編輯 T001 職業災害勞工復工計畫建議報告。
- (2) 可閱覽職業災害勞工重建服務所有表單（C001-C002、P001-P004、E001-E006、T001-T004 表單）。

(二) 職能復健個案管理人員（下稱職能復健個管師，由專職職能治療師、物理治療師或經中央主管機關核准之人員擔任）：

1. 法源依據：補助辦法第 3 條第 1 項第 2 款第 2 目規定，由專職職能治療師或物理治療師擔任。補助辦法第 4、14、15 條第 2 款規定人員資格、職責與在職教育訓練規範。
2. 人員資格：
 - (1) 具備職能治療或物理治療師級證書及執業執照。
 - (2) 具 6 個月以上職業災害勞工職能復健或職業重建相關工作經驗，或取得中央主管機關辦理之職業災害勞工工作能力評估及強化服務職前專業訓練達 30 小時之結訓證明。
 - (3) 自執行職能復健服務起，每年參加中央主管機關辦理之職能復健在職教育訓練課程至少 12 小時，其中需含 3 小時由中央主管機關辦理之個案研討會。
3. 職責：
 - (1) 透過跨科別職業傷病通報，執行職業災害或疑似職業災害勞工重建服務篩

檢與職業災害勞工重建服務需求評估。

- (2) 執行職業災害勞工個案管理服務，包含聯繫勞工、雇主與各相關專業服務人員、資源連結與轉介、重建服務計畫擬訂、復工計畫建議報告申請及其後續復工事項協助與協調、協助職能復健相關津貼與輔助設施補助之申請，以及重建服務成果與復工追蹤。
 - (3) 提供職業災害勞工職能復健服務及其他復工協助。
 - (4) 於完成各個職能復健服務項目之日起 10 個工作日內，於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」填寫服務紀錄表單，向中央主管機關申報服務內容。
 - (5) 協助認可職能復健機構各項服務之辦理情形報告與統計分析。
 - (6) 出席中央主管機關辦理之聯繫會議，並配合中央主管機關規定之應辦理事項，如評鑑或查核。
 - (7) 與地方勞政主管機關維持良好橫向聯繫。
4. 「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」權限：
- (1) 可編輯 C001-C002、P001 及 P003-P004、E001A/B/C 及附表一、E002、E004-E005、T002、T004 表單，並閱覽所有表單。
 - (2) 協助其他專業人員評估表單之登錄/上傳，包含 P002、E003、E005、E006 與 T001 表單。

(三) 職能復健專業人員（治療師/心理師）：

1. 法源依據：補助辦法第 3 條第 1 項第 2 款第 2 目之兼職治療師及第 3 目之心理師。補助辦法第 4、5、15 條第 2 款規定人員資格與在職教育訓練規範。
2. 人員資格：
 - (1) 治療師應具備職能治療或物理治療師級證書及執業執照；心理師應具備臨床心理或諮商心理師級證書及執業執照。
 - (2) 具 6 個月以上職業災害勞工職能復健或職業重建相關工作經驗，或取得中央主管機關辦理之職業災害勞工工作能力評估及強化服務職前專業訓練

之結訓證明(治療師 30 小時職前專業訓練/心理師 12 小時職前專業訓練)。

- (3) 自執行職能復健服務起，每年參加中央主管機關辦理之職能復健在職教育訓練課程至少 12 小時，其中需含 3 小時由中央主管機關辦理之個案研討會。

3. 職責：

- (1) 治療師：依職能復健個案師轉介/派案，及重建服務計畫擬訂之目標，提供生理功能評估、工作分析、工作模擬評估、生理工作能力強化訓練（包含訓練計畫擬訂、訓練與結案評估）、職業輔導評量、輔助設施評估/職務再設計或其他必要之評估等服務。
- (2) 心理師：依職能復健個案師轉介/派案，及重建服務計畫所擬訂之目標，提供心理功能評估、心理工作能力強化訓練（包含訓練計畫擬訂、訓練、結案評估）、職業輔導評量或其他必要之評估等服務。
- (3) 於完成各個職能復健服務項目之日起 10 個工作日內，於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」填寫服務紀錄表單，向中央主管機關申報服務內容。

4. 「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」權限：

- (1) 可閱覽「P001 職業災害勞工重建服務需求評估表」與「P002&3 重建服務醫囑單及職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」。
- (2) 治療師：可填寫 E001A/B/C 及附表一、E002、E004-E006、T002、T004 表單。
- (3) 心理師：可填寫 E001A/B/C 附表二、E001D、E005-E006、T003 表單。

貳、認可職能復健專業機構服務紀錄審查重點及給付項目說明

認可職能復健機構提供之職業災害勞工重建服務流程包含以下各階段（如圖 1）：A 篩檢追蹤階段（機構內重建需求篩檢、追蹤）、B 服務前階段（需求評估、決定開案與否、擬訂重建服務計畫）、C 服務階段（執行重建服務計畫、提供服務或派案、轉介、資源連結、個案管理）及 D 結案階段（成效評估、重返職場情況追蹤）。

上述各階段服務項目之審查標準及給付規範依補助辦法第 19 條附表規範之補助項目訂定，提供認可職能復健機構於執行職業災害勞工職能復健服務時能有所依循，亦作為職災預防及重建中心與中央主管機關服務紀錄審查、管理服務品質、職能復健服務補助費用核定與職業災害勞工重建服務評鑑之用。

一、給付項目及補助基準申報代碼說明

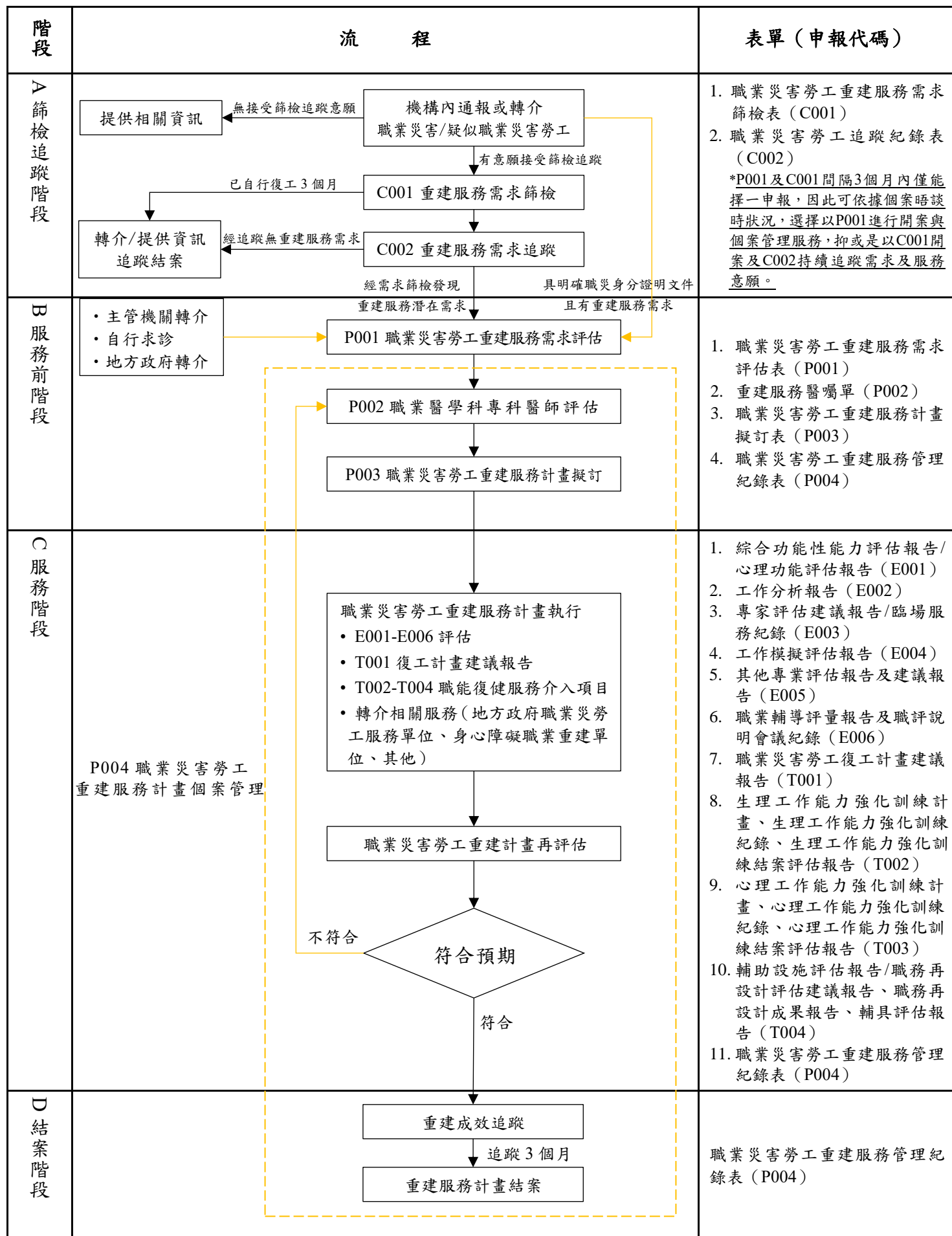
職業災害勞工重建服務流程說明包含：各階段服務項目、各服務項目給付代碼及申請給付應備書件。各階段服務之重要內涵如表 1 所示：

表 1 認可職能復健機構各服務階段之內容

服務階段	服務內容
A 篩檢追蹤階段	為及早接觸職業災害或疑似職業災害勞工提供重建服務需求篩檢與進行災後重建、醫療進展及重建服務需求追蹤，認可職能復健機構應主動盤點機構內之職業災害或疑似職業災害勞工，因此需要建立暢通的院內跨科別職業傷病通報管道，並由機構內職能復健個案師或具個案管理權限之職能復健專業人員於此階段主動接觸，並使用重建服務需求篩檢表以了解勞工職業傷病情形及其重建服務需求。
B 服務前階段	此階段為職業災害勞工重建服務之開端。服務對象為：因職業災害導致受傷或疾病，有重返職場或職場適應困難之勞工及其雇主。透過晤談與評估，確認勞工重返職場之助力及阻礙因子，藉以擬訂後續重建服務計畫，排除勞工重返職場阻礙，協助勞工安全地重返職場穩定就業。

	<p>此階段需透過需求評估確認職業災害勞工是否符合開案條件且具有重返職場服務需求。整合勞工重建服務需求及職業醫學科專科醫師評估結果建議，擬訂個別化重建服務計畫。若需參考其他專科之評估建議，得請其他專科之醫師提供。職業災害勞工於此過程需要主動參與，以確認計畫內容符合勞工需求，提高服務效益及勞工配合度。</p>
C 服務階段	<p>依據重建服務計畫內容執行，包含：各項評估、介入及轉介。此過程需要定期評估與追蹤，確保各項服務資源有效介入，並隨時依勞工進展調整計畫內容。</p>
D 結案階段	<p>當達成服務階段之各項服務目標或因其他因素無法繼續執行計畫必須終止服務時，則可予以結案。不論結案原因為何，職能復健個管師須盡可能地於結束服務後持續追蹤 3 個月，了解勞工結案後狀況與復工情形。</p>

圖 1 職業災害勞工重建服務流程



二、各階段意涵及申請規範說明

(一) A 篩檢追蹤階段

1. 階段意涵

篩檢追蹤階段之目標為及早接觸職業災害或疑似職業災害勞工，進行災後重建服務需求篩檢。透過晤談了解勞工職業災害發生後勞動權益，包含職業災害通報與認定、職業災害相關給付與補償申請等狀況、醫療狀況、心理社會調適與重返職場阻礙，給予相關建議及資訊，協助轉介相關資源，並追蹤該勞工各面向進展情況，以便及時提供重建服務，協助勞工儘早且安全地重返職場。

- (1) 服務內容：包含確認勞工職災身分、災後重返職場潛在阻礙分析及重建服務潛在需求篩檢，追蹤勞工於災後各面相重建情形，並於遭遇重返職場困難或阻礙時及時介入。
- (2) 服務重點：認可職能復健機構個案師與專業人員應主動接觸職業災害或疑似職業災害勞工，及時提供職業災害重建資訊或協助相關資源轉介。篩檢時勞工只需符合服務對象條件，得申報篩檢、追蹤費用，不受後續職業災害認定狀況改變而刪減補助。

2. 服務對象，須符合下列條件（規範及佐證資料如表 2）：

- (1) 機構內通報轉介之職業災害勞工或疑似職業災害勞工。
- (2) 有意願接受篩檢及追蹤。
- (3) 篩檢時應為災後停工 10 日以上，且尚未重返職場者，或災後已復工但未達連續 3 個月且非回復原職務者。
- (4) 勞工工作能力減損為該次職業災害造成者。

表 2 重建服務需求篩檢追蹤之服務對象規範及佐證資料

服務對象規範	佐證資料
1. <u>不可</u> 收案狀況	<input type="checkbox"/> 未參加勞工職業災害保險之自營作業或雇主。 <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。 <input type="checkbox"/> 無重返職場意願或明顯無潛能者。（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） <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。
2. 職業災害勞工或疑似職業災害勞工	以下須擇一符合並 <u>上傳證明文件副本</u> <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 ¹ ）之受僱勞工。 <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。 <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。 <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
3. 勞工來源	<input type="checkbox"/> 機構內通報轉介 <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
4. 篩檢時復工狀況	以下擇一符合即可 <input type="checkbox"/> 災後停工10日以上，且尚未重返職場（主訴）。 <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）
5. 有意願接受篩檢及追蹤	<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。

註：無單職傷是指依據「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法」第4條第1項第3款，病患未持有職業傷病門診單，以一般健保身分就醫（需支付部分負擔），但由醫師依病患主訴，診斷認定為職業傷害後，申報為職業傷害門診醫療費用之案件。故可由勞工就醫掛號時之給付身分進行判斷，其無單職傷身分代碼或辨別方式，各醫療機構不定，請洽醫療事務室確認。

¹ 「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法」第4條第1項第3款參照。

3. 給付項目之規範及專業人員職責（C001-C002）

C001 職業災害勞工重建服務需求篩檢表
<p>認可職能復健機構應整合機構內各科部職業傷病通報管道、主動盤點機構內之職業災害或疑似職業災害勞工，及早接觸、提供重建相關服務需求篩檢，以即時掌握職業災害勞工災後重建情況、提供適當資訊、資源或服務，協助勞工能儘早、安全重返傷前生活與工作崗位，同時減少雇主之時間與經濟成本。篩檢對象以災後因傷病須暫時離開職場（災後停工 10 日以上），或重返非原職務且尚未連續滿 3 個月之職業災害或疑似職業災害勞工。篩檢服務建議於傷病急性期即可開始，並得於追蹤期間陸續完成資料蒐集。</p> <p>針對無工作能力者，可提供其地方政府之職災服務窗口聯絡方式及資訊，由勞政或社政單位提供適當服務。若職業災害勞工罹災後仍有工作能力，但無意願接受服務，則可透過衛教或資訊提供方式，告知其相關權益，提供職場安全作業或職務調整方向等建議，促進其重返職場。</p> <p>另於此篩檢及後續追蹤過程，職能復健個管師應引導勞工確認其職災身分，如請雇主端提供勞工職業災害保險職業傷病門診單或其他相關職災身分證明文件，以確認勞工為職業災害勞工重建服務需求規範之對象。</p>
申請規範
<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合表 2 之服務對象規範，須有意願接受職業災害勞工重建服務需求篩檢與追蹤服務者。 2. 相關晤談及「職業災害勞工重建服務需求篩檢表」應由職能復健個管師或具備有個案管理權限之職能復健專業人員執行，並登錄至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。 3. C001 與 P001 若間隔 3 個月以內，且兩者服務費用皆尚未核撥時，機構可擇一申報。
登錄/上傳表單時限
完成篩檢日起 10 個工作日內。
申請費用及上限
每案補助費用 2,000 元/次，申報次數上限 1 次。

專業人員職責

職能復健個案師/具個案管理權限之職能復健專業人員職責

1. 蒐集院內通報轉介相關資料，確認勞工之職災身分。若勞工持有職災相關證明文件（表 2），則須將文件圖檔留存；若尚未取得職災醫療書單，則可透過急診紀錄、門診或住院紀錄中，所提及勞工於工作場所、公差途中或上下班途中受傷之內容，作為「疑似職業傷害/疑似職業病」之佐證資料，或確認勞工就醫掛號身分，作為「無單職傷」之佐證資料，並後續協助勞工確認職災身分，如轉介地方政府職業災害勞工專業服務人員或職業醫學科專科醫師等協助認定。
2. 向勞工或其主要聯絡人說明職業災害勞工重建服務之服務流程及目的，尤其應告知勞工與其雇主「本服務為依據災保法，提供職業災害勞工或應納保之勞工災後重建相關服務。雖符合本服務之規範及相關評估結果，但皆與勞保職災身分認定及傷病或失能給付之判定無關。」告知服務相關權利義務，獲得勞工同意，並於表單中詳細紀錄：「於 年 月 日 時電訪/面訪職業災害勞工，勞工（或其代理）同意本單位提供職業災害重建服務需求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。
3. 晤談得視勞工當下情況進行。若為門診個案且不便面談者，可透過電話聯繫；若為住院或急診個案，則可面談評估。
4. 依據「C001-職業災害勞工重建服務需求篩檢表」之內容，蒐集勞工之基本資料、職災發生情形及了解下列情況：職災時工作情形、醫療情況、主訴之工作能力、目前工作狀態等，綜合判斷職業災害勞工重建可能之阻礙或潛在風險。並針對重建服務潛在需求者，確認其接受後續服務與追蹤意願。
5. 依據所蒐集資訊及勞工意願，於「篩檢結果」欄位勾選職業災害勞工重建服務需求項目及後續服務規劃。
6. 若勞工於篩檢晤談時具顯著重建服務需求、符合重建服務需求評估之服務對象規範，且同意接受重建服務，則建議可逕行改以「P001 職業災害勞工重建服務需求評估」開案。

C002 職業災害勞工追蹤紀錄表

職業災害勞工之重建需求與醫療狀況，會隨著時間進展有難以預期之改變，如初次晤談時因勞工無法完整表達現況或釐清現況，而難以蒐集完整資訊或無法判斷後續需求，便需要追蹤各項重建狀況；另即使透過初始晤談蒐集勞工之重建服務需求資訊，也應持續追蹤後續各面向之狀況變化。若追蹤過程中勞工已穩定重返職場達3個月且無其他重建服務需求，或符合篩檢終止追蹤原因（如表3），即可終止追蹤。追蹤過程中發現勞工符合重建服務需求評估之服務對象規範（如表4），可適時開案。

表 3 篩檢終止追蹤原因

依勞工實際狀況，勾選終止追蹤原因（可複選）

- ☐ 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周內3次未接，且透過簡訊、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，需加以說明。
- ☐ 其他，需加以說明。

申請規範

1. 針對已完成「C001-職業災害勞工重建服務需求篩檢表」之勞工，依據追蹤重點追蹤，確認勞工後續各面向重建進展情況。
2. 應由職能復健個案師或具個案管理權限之職能復健專業人員執行。
3. 追蹤頻率：依勞工實際需求，規劃下次追蹤時間，以即時掌握重建進展，並逐次登錄追蹤內容及結果，追蹤必須接觸本人（可透過面談或通訊軟體）。
4. 追蹤內容逐次紀錄於「C002-職業災害勞工追蹤紀錄表」，並登錄於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。
5. 追蹤過程中，若已確定勞工不符合服務對象範疇，則應終止追蹤並提供適當資訊或諮詢窗口。

6. 追蹤過程中，若發現職業災害勞工具職災重建服務開案需求，且符合 P001 重建服務對象規範，則應終止追蹤並適時開案。
登錄/上傳表單時限
每次追蹤日起 10 個工作日內。
申請費用及上限
每案補助費用 300 元/次，申報次數每月上限 1 次，每案上限 6 次。
專業人員職責
<p>職能復健個管師/具個案管理權限之職能復健專業人員職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據「C001-職業災害勞工重建服務需求篩檢表」後續服務需求之追蹤重點，追蹤職業災害勞工災後各面向需求、提供相關資訊或轉介服務，並進一步蒐集資料以確認勞工之重建服務計畫開案需求。針對疑似職業災害勞工，應於此階段協助確認受僱事實及是否為災保法定義之納保對象。 2. 每次追蹤應重新確認各面向服務需求，並判斷是否有重建服務開案需求、接受重建服務意願，擬訂下次追蹤重點。若追蹤當下發現勞工具重建服務開案需求，應終止追蹤並適時進入服務前階段。 3. 追蹤頻率與時間點應視勞工狀況及需求提供，並據實記錄。 4. 勞工於追蹤階段若符合終止追蹤原因之一（如表 3），應於追蹤紀錄表填寫，並終止追蹤。

(二) B 服務前階段

1. 階段意涵：

職業災害勞工重建服務前階段包含下列服務：職業災害勞工重建服務需求評估（P001）、職業醫學科專科醫師評估與開立重建服務醫囑單（P002）、職業災害勞工重建服務計畫擬訂（P003）及職業災害勞工重建服務管理紀錄（P004）。此階段應透過需求評估及結構性晤談，了解勞工目前重返職場可能遭遇之阻礙，確認勞工是否有重建服務需求，及確認重建服務計畫目標；同時依據職業醫學科專科醫師之專業評估及判斷，與勞工、雇主及相關人員共同擬訂重建計畫。職能復健個管師也從此階段開始提供個案管理服務，定期追蹤勞工接受重建服務狀況及各項資源轉介後的進展。

重建服務即屬基礎版復工計畫服務，於開案後，後續衍生之各項服務，需花費較多的社會資源，因此應謹慎確認服務對象相關需求並據此擬訂計畫。考量服務即時性與經費使用合理性，於需求評估時，應先確認重建服務目標與需求，再擬訂計畫。若於計畫擬訂前發現職業災害勞工不具重建服務需求或非認可職能復健機構可協助之對象，則不可開案，後續之重建服務計畫擬訂、個案管理、評估及介入服務費用皆不補助。但若經需求評估及職業醫學科專科醫師評估已確認職業災害勞工符合開案服務對象，且具有機構可協助之重建服務需求者，其費用仍得申請，不受後續之職業災害認定狀態改變而刪減補助。

2. 重建服務需求評估之服務對象（以下皆需符合）：

- (1) 具職業災害勞工身分證明文件，須檢附佐證資料（詳如表 4）。
- (2) 有重返職場或職場適應困難，有意願且需職能復健或職業重建服務者。
- (3) 勞工工作能力減損為該次職業災害造成者。

3. 職業災害勞工來源：

- (1) 主動提出職業災害重建服務申請之勞工或其雇主。
- (2) 經機構內篩檢發現具重建服務開案需求及意願者。
- (3) 由職災預防及重建中心、地方政府職業災害服務相關單位或其他單位轉介具明確職災證明文件者。

註：勞工申請職業災害重建服務時，職能復健個管師應詳細告知其相關權利義務，確認勞工同意且有意願接受需求評估後簽署「重建服務申請書」，並將其上傳於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。職業災害勞工重建服務中所需簽署各項文件，如重建服務申請書、復工建議報告申請書或結案同意書等，可於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」/重建服務/下載專區，取得相關文件範本，並可依機構內部規定調整其內容。

表 4 重建服務需求評估表（P001）之服務對象規範及應檢附職業災害證明資料

服務對象規範	審核內容
<u>不可</u> 收案狀況	<input type="checkbox"/> 未參加勞工職業災害保險之自營作業或雇主。 <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。 <input type="checkbox"/> 無重返職場意願或潛能者。(無潛能者如：目前意識不清無法正常表達自身重建服務需求) <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。
職業災害勞工	以下擇一並檢附職災證明文件 <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。 <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。 <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)。
職業災害勞工來源	以下擇一符合即可 <input type="checkbox"/> 主動提出職業災害重建服務申請之勞工或雇主。(應上傳重建服務申請書) <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) <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) <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) <input type="checkbox"/> 由其他單位轉介之個案，須加以說明轉介單位(應上傳重建服務申請書)

4. 給付項目之規範及專業人員職責（P001-P004）

P001 職業災害勞工重建服務需求評估表	
<p>職業災害勞工重建服務申請者來源包含機構內經篩檢發現有需求者、勞雇自行申請、地方政府轉介、職災預防及重建中心或其他相關單位轉介。當職業災害勞工或其雇主有職災重建服務需求時，可於職業醫學科門診就醫時，表達其服務需求，或聯絡職能復健個管師，電話諮詢並約定現場需求評估時間。</p> <p>職能復健個管師應透過「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」判斷勞工是否具有認可職能復健機構重建服務介入之需求，若勞工尋求重建服務主要目的非為重返職場，如申請經濟支持，則應協助其連結或轉介相關資源。職業災害勞工重建服務需求評估應由勞工本人親自於現場接受評估。</p>	
申請規範	
<ol style="list-style-type: none">1. 符合表 4 之服務對象規範且有意願接受重建服務者。2. 應由職能復健個管師或具個案管理權限之職能復健專業人員執行並完成「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」表單。3. 應請主動提出職業災害重建服務申請者簽署「重建服務申請書」；若由其他單位轉介且非透過「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」轉介者，則應取得「轉介單/轉介同意書」，文件應上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。4. 應請勞工簽署「職業災害勞工重建服務同意書」，並由單位留存。5. 相關資料登錄於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。6. 因 P001 資料與 C001 重複性高，P001 及 C001 於間隔 3 個月內僅能擇一申請，故於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」完成 P001 表單並送出審核時，系統將檢核 P001 評估日期與 C001 篩檢日期之間隔時間，若間隔時間不及 3 個月，將由機構選擇擇一申報；若 C001 已同意撥款，則不得申請 P001 費用。 <p>註：<u>一般而言，P001 及 C001 於間隔 3 個月內僅能擇一申請，因此單位可依據勞工晤談狀況，選擇逕行以 P001 進行開案晤談評估及後續個案管理，或是以 C001 及 C002 持續追蹤需求及意願。</u></p>	
登錄/上傳表單時限	
完成職業災害勞工重建服務需求評估起之 10 個工作日內。	

申請費用及上限
每案補助費用 800 元/小時，申報時數上限為 5 小時。
專業人員職責
<p>職能復健個案師/具個案管理權限之職能復健專業人員職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確認勞工之職災身分、受僱身分與勞工職業災害保險加保狀況。職災重建服務之財源為勞工職業災害保險基金，因此服務對象為遭遇職業災害之勞工，或投保勞工職業災害保險之雇主或自營作業者等。故於開案時應依據表 4 確認其職災身分，取得職災身分證明文件影本作為佐證資料，如勞工保險局之各項職災給付證明公文，或可請勞工至「勞保局 e 化服務系統」之「新版-個人網路試算及查詢作業」查詢勞保局之職災給付證明，並將頁面截圖做為佐證資料；若勞工提出申請職災給付有困難，可轉介職業醫學科門診或地方政府職業災害勞工專業服務人員，協助其確認職業災害身分。 2. 未依規定參加勞工職業災害保險者（應加保而未加保），仍可於取得勞工職業災害保險傷病給付證明後，確認其職業災害勞工身分，並上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」，進行後續職災重建服務。 3. 應請主動申請職業災害重建服務之勞工，簽署「重建服務申請書」，並上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」，進行後續職災重建服務。 4. 進行「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」，應以面談為主，蒐集勞工相關資料，包含：深度了解勞工基本資料、職業災害發生情形、評估時的工作狀態與勞雇關係、災後家庭與經濟狀況、心理健康狀況、職涯期待與就業準備、工作史及職業技能，以及醫療處置狀況。晤談時應將相關問題整合後詢問勞工，以有效獲得資訊，非逐題詢問。此時應與勞雇雙方建立良好且互信之合作關係，使勞雇了解此服務之目的為：協助職業災害勞工於職災後儘快且平安地重返職場並回歸正常生活。 5. 為完整評估職業災害勞工重建服務需求，需求評估表單內容面向廣泛，建議儘可能依欄位內容蒐集相關資訊，藉以確認重建服務需求。若部分欄位無法取得，建議於該欄位說明無法取得原因。 6. 為蒐集完整資料，晤談與資料蒐集不必一次完成。且可依據勞工情況，選擇適當量表評估其需求，例如勞工有明顯心理困擾，則可選用創傷後壓力症候群相關篩檢量

表，來了解其創傷後情緒調適情形。

7. 依據重建服務需求評估結果，判斷勞工是否可由機構所提供之重建服務受益，解決災後重建遭遇之困難，再決定是否重建服務開案，或是協助轉介其他單位。

(1) 開案：確認勞工資格符合職業災害勞工重建服務對象規範（表 4），且可透過認可職能復健機構之服務項目提供勞工重建所需之協助，則進行開案，並於評估結果說明欄位，說明勞工災後重建之需求、目標及所需服務內容等初步規劃與建議。

(2) 不開案/轉介：勞工身分不符合職業災害勞工重建服務對象規範，或認可職能復健機構之服務項目無法滿足其需求，則職能復健個管師可提供勞工其他服務之資訊，或主動協助勞工連結/轉介該資源。於評估結果說明欄位，說明勞工災後重建之需求，以及轉介目標規劃，協助轉介或提供勞工相關窗口聯絡方式；或透過「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」轉介至地方政府、認可醫療機構等服務單位。

8. 請勞工簽署「職業災害勞工重建服務同意書」，並向其解釋後續重建服務之內容、流程，以及勞工與其雇主可從中獲得之協助及資源，包含：職能復健津貼等相關資源。同意書正本由服務單位自行留存，並掃描上傳至職業災害勞工服務資訊整合管理系統。

P002 重建服務醫囑單

職業災害勞工重建服務之相關評估及訓練內容（除 T004C 外，申報代碼 E001～T004），應由職業醫學科專科醫師依據門診評估、檢查及診斷結果，並綜合各專業評估後，提出重建服務之醫囑建議。

重建服務醫囑單適用職業醫學科專科醫師，於門診進行相關評估、回顧勞工資料或參考重建服務需求評估結果，與職能復健個管師、勞工或其雇主雙方共同規劃具體可行之重建計畫，提供重返職場建議。補助之服務內容為：職業醫學科專科醫師提供勞工重返職場相關評估、計畫擬訂/計畫調整建議或復工計畫建議，且職業醫學科專科醫師應於重建服務醫囑單詳述評估結果、重建服務申報之服務項目及相關建議，如次數、頻率、回診日期及其他注意事項等。

申請規範
<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合表 4 服務對象規範且同意職業災害勞工重建服務開案者。 2. 由職業醫學科專科醫師評估，彙整相關專業建議後，撰寫重建服務醫囑單，格式不限於「P002-重建服務醫囑單」表單，但須為正式醫療紀錄，應具備有醫師簽章。 3. 相關評估及建議應填報「P002-重建服務醫囑單」，內容應載明：醫療/醫療復健處遇建議/追蹤事宜、職能復健服務項目或復工相關內容。 4. 視勞工初步評估及接受職能復健後實際變化情況調整醫囑，開立「P002-重建服務醫囑單」，因此每位勞工所需開立醫囑次數不定，上限為 4 次。 5. 另「P002-重建服務結案醫囑單」目的是為確保勞工能安全地重返職場，在勞工於職能復健服務結束後，鼓勵可接受職業醫學專科醫師專業評估與整合各項職能復健評估結果，給予勞工結案時復工/配工或重返職場建議，此結案醫囑單僅可申報 1 次。 6. 該次「P002-重建服務醫囑單」或「P002-重建服務結案醫囑單」應提供給職能復健個管師，由職能復健個管師協助登錄於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。
登錄/上傳表單時限
<p>每次 P002 醫囑單開立後應於 10 個工作日內上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。檔案可為圖檔，內容應包含醫師姓名、開立日期及相關重建服務或復工建議等資訊。</p>
申請費用及上限
<p>每案補助費用 1,500 元/次，申報次數上限為 5 次，其中 1 次為結案醫囑單。</p>
專業人員職責
<p>職業醫學科專科醫師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據門診評估、檢查及診斷結果，並綜合「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」，與職能復健個管師討論勞工重建服務需求與目標，確認勞工之職災身分是否符合重建服務對象規範（表 4）後，共同擬訂重建服務計畫。 2. 協助處理重建服務過程中突發狀況。

3. **職業醫學科專科醫師應透過面談及評估，提供重建服務建議，內容可含下列資訊及建議，方得申請評估費：**

- (1) 與本次職災相關之診斷。
- (2) 與本次職災相關之評估結果摘要（如理學、影像學及其他檢查）。
- (3) 針對勞工目前醫療狀況提供進一步診治方向建議，及預估醫療穩定之期程。
- (4) 勞工之復工/配工方向建議，包含重返職場之風險評估。
- (5) 依照「職業災害勞工職能復健專業機構認可管理及補助辦法第 19 條附表之補助項目與基準」，開立後續評估或服務介入之給付項目 （E001~E006；T001~T004） 及其服務次數、時數或目標等內容。

職能復健個管師職責

1. 協助及確認勞工掛號職業醫學科門診。
2. 於職業醫學科專科醫師評估前，事先提供「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」，以利職業醫學科專科醫師了解勞工情況。
3. 於重建服務計畫擬訂前，與職業醫學科專科醫師溝通討論需求評估結果及初擬之重建服務計畫與目標。
4. 於職業醫學科專科醫師評估後，與醫師、勞工或其雇主討論評估結果、確認後續職能復健服務資源安排及追蹤重點。
5. 協助「P002-重建服務醫囑單」或「P002-重建服務結案醫囑單」登錄於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。

P003 職業災害勞工重建服務計畫擬訂表

職業災害勞工重建服務計畫擬訂表為職能復健個管師依據重建服務需求評估結果及職業醫學科專科醫師醫囑，擬訂後續具體可行之重建服務計畫及策略。由於職業災害勞工災後重建會因時間產生不同變化，例如醫療處遇時間延長，或是家庭/職場環境變動，產生評估初期未出現之需求。在此重建服務過程中，因狀況改變而需調整計畫時，需再由職業醫學科專科醫師評估並開立「P002-重建服務醫囑單」後，新增或調整服務項目，且為了解勞工重建服務整體變化與進展，每次重建服務計畫調整，都需註明調整計畫日期及其原因，以利計畫監控。

針對早期介入的勞工，若仍有相關且必要之醫療復健需求，則擬訂計畫時，可先

以提供後續醫療建議及追蹤復健情況為主，非第一時間即需提供工作能力評估或強化訓練。
申請規範
<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」及職業醫學科專科醫師評估結果及建議（P002-重建服務醫囑單）撰寫「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」。 2. 若有計畫調整需求，需在職業醫學科專科醫師重新評估並開立「P002-重建服務醫囑單」後，於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」新增/調整服務項目，並詳細載明調整原因與調整後之目標，並逐次上傳「P002-重建服務醫囑單」至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。
登錄/上傳表單時限
於「P002-重建服務醫囑單」開立日起 10 個工作日內完成。
申請費用及上限
<p>每案補助費用 2,000 元/次，申報次數上限為 4 次。</p> <p>可申報費用之情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依重建服務需求評估及職業醫學專科醫師評估建議後，擬訂重建服務計畫。 2. E 表相關評估結束後，擬訂進一步重建服務計畫。 3. 因傷病情形或重返職場目標改變，需調整重建服務計畫。 4. 額外申請 T001 或 T004 等重建服務事項之情形。 5. 因其他因素需大幅調整重建服務計畫之情形。 <p>若僅為協助上傳「P002-重建服務結案醫囑單」，因重建服務計畫無須調整，該筆「P003 職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」不予補助費用。</p>
專業人員職責
<p>職業醫學科專科醫師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確認「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」內容。 2. 有計畫調整需求時，應於門診評估勞工狀況及需求，並開立「P002-重建服務醫囑單」調整服務項目之申報代碼或服務次數、時數與頻率等。

職能復健個管師職責

1. 依據「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」與職業醫學科專科醫師、勞工及其雇主討論職業災害勞工重建服務計畫內容，並依「P002-重建服務醫囑單」所開立之服務項目及內容填寫「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」。
2. 依據「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」之內容，依序引導勞工討論相關服務之介入目標與作法：

(1) 與勞工討論並確認災後重建之目標及方向：

依據需求評估結果及職業醫學科專科醫師建議，與勞工討論各面向需求期待達到之重建目標，因此可能會有多個面向之重建目的。

(2) 與勞工討論職業災害衍生之阻礙或困難因子：

引導勞工思考因本次職業災害影響重返災前生活正軌之阻礙，以及期待如何克服這些阻礙與可能需要之協助為何。

3. 解釋各項資源或服務之作法、期程等：

使勞工具體了解職業災害重建各項資源之實際做法，以及可能提供之效益，避免勞工對資源或服務目的及效益有錯誤認知。並確認各項重建目的所使用之資源、次數及須配合之義務。

4. 依據「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」，安排或轉介後續服務資源。如勞工完成功能性能力評估與工作分析後，需轉介至強化訓練機構接受後續生理心理強化訓練，則應於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」/重建服務/P002&3-重建服務計畫醫師評估及擬訂表進行轉介；若勞工需職業輔導評量，可透過「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」/轉介表，轉介至地方政府職業災害專業服務人員以協助連結職業輔導評量資源。

5. 協助職業災害勞工職能復健津貼申請：

職業災害勞工接受職能復健服務，包含復工計畫擬訂、工作分析、工作模擬評估、功能性能力評估、強化訓練評估及生理心理功能強化訓練，於完成後得依「直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法」規定，向地方政府申請職能復健津貼。若遇有申請職能復健津貼需求之職業災害勞工，可於各項職能復健服務

皆完成後，自「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」/重建服務/P002&3 重建服務計畫醫師評估及擬訂表」系統下方按鈕，印出「職業災害勞工強化訓練完成證明」(應無償提供)，在確認各項服務日期與勞工實際出席日期相符後，完成證明用印，包含服務人員與服務單位之簽章。

註：職能復健個管師須提醒勞工，申請職能復健津貼中所指「完成」生理心理功能強化訓練，係指勞工須配合完成強化訓練結案評估（T002C/D 或 T003C），方得申請職能復健津貼；如未完成服務，則不符職能復健津貼申請條件。

P004 職業災害勞工重建服務管理紀錄表

職業災害勞工重建服務管理紀錄表為職能復健個管師自重建服務計畫擬訂後，針對計畫之執行狀況及進展，進行成效追蹤、服務轉介與資源連結等，直至重建目標達成。過程中職能復健個管師應定期評估與追蹤，確保各項服務資源有效介入，以及了解勞工接受服務之狀況(例如：是否配合服務內容、主動參與以及進展是否符合預期)。

申請規範

1. P004 補助費用為職能復健個管師針對職業災害勞工接受重建服務之開案至結案，所進行個案管理之相關費用。因此職能復健個管師須完成「P002&3 重建服務計畫醫師評估及擬訂表」後進行重建計畫管理與追蹤，並將執行過程中之服務歷程記錄於「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」。
2. 完成「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」，意即此勞工之重建服務計畫結案，後續不再主動提供重建服務或追蹤，因此職能復健個管師需確認勞工狀況符合結案原因後，方可進行結案，並於完成結案追蹤及評估後得以申報此項費用，結案標準請詳見（四）D 結案階段之章節。

登錄/上傳表單時限

應依據個案管理服務時間逐次於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」撰寫服務紀錄，並於各項重建服務結束進行連續追蹤3個月後，於10個工作日內將「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」上傳。

申請費用及上限

每案補助費用 4,000 元/案，申報次數上限為 1 次。

此費用於該案結案後，進行補助費用申報。

專業人員職責

職能復健個案師職責

依據職業災害勞工重建服務之各階段，職能復健個案師應提供個案管理服務，包含下列範疇：

1. 依據重建服務計畫，事先連繫相關資源/單位並說明轉介或服務目標。
2. 需要時，協助勞工向其雇主說明重建服務計畫之目標及進展。
3. 追蹤重建服務計畫執行情況並及時調整：
 - (1) 若勞工情況改變，需要重新檢視服務目標及調整計畫，且應與勞工及其職業醫學科專科醫師討論調整作法。
 - (2) 若資源介入成效不如預期，則應及時與提供服務專業人員討論服務調整方式。
 - (3) 若勞工狀況停滯導致計畫無法進展，例如：勞工須等待官司結果方能進一步考量後續規劃，或因個人因素無法持續配合重建服務，則應與職業醫學科專科醫師討論是否暫停相關服務項目，並持續追蹤，若追蹤達3個月以上勞工狀態皆無改變，且認可職能復健機構已無其他可提供之協助，則得與勞工協調結案。
4. 定期或不定期追蹤勞工重建服務情形與資源轉介後續情形。
5. 需要時可召開相關人員之討論會議，以達成專業服務人員間共識，訂定有效服務策略。
6. 各項服務結案時，確認服務目標達成情況，以及相關效益是否符合勞工需求。
7. 若勞工重建服務或訓練進展停滯，其服務項目之給付上限需延長或增加，應敘明原因向中央主管機關提出申請，經審核同意後方可執行。

(三) C 服務階段

1. 階段意涵：

職災重建服務階段包含各項評估(E001~E006)、職能復健服務介入(T001~T004)以及相關資源轉介，皆依據重建服務計畫擬訂表所訂定之服務計畫內容執行。此階段職能復健個案師須協助勞工連結各個服務資源窗口、與勞工、雇主與相關專業人員溝通協調重建服務目標及服務轉介目的，確認各項服務資源順利展開，並持續評估與追蹤各項重建服務介入情況與達成效益，若服務不符合預期進展，則須重新檢視勞工重建目標適切性並調整重建服務計畫。

2. 服務對象：

經職業醫學科專科醫師評估，且依據重建服務醫囑完成重建服務計畫擬訂者。

3. 給付項目之規範及專業人員職責(E001~E006)

E001 綜合功能性能力評估報告
<p>綜合功能性能力評估報告主要目的為評估職業災害勞工災後之功能狀況，包含醫療歷程、傷病復原狀況與穩定程度、自我照顧與獨立生活能力、家庭及社會角色、生心理工作能力，以及重返職場之工作型態等。同時功能性能力評估結果也將做為後續職能復健介入與轉介之服務項目、內容、期程、頻率規劃之判斷依據。若勞雇雙方後續有復工計畫建議需求時，也可參考功能性能力評估結果。</p> <p><u>若職業災害勞工或其雇主需要評估內容，應掛號職業醫學科門診，由職業醫學科專科醫師透過「P002-重建服務醫囑單」提供建議內容，不應單獨提供功能性能力評估報告。</u></p>
申請規範
<p>1. 本項目依據職業醫學科專科醫師開立之評估項目進行評估，例如：生理功能評估或心理功能評估等。</p> <p>2. 考量生理、心理評估需求時機不同，綜合功能性能力評估分為 E001A/B/C 綜合功能性能力評估，包含生理功能評估、心理功能評估，與 E001D 功能性能力評估(心理)。E001A/B/C 依據勞工的評估需求，選擇必要之評估項目，依測驗複雜度，擇一申報；而 E001D 可獨立申請 1 次，鼓勵勞工可於發生職業災害之創傷初期、生</p>

理狀況尚未穩定，可儘早接受心理評估與介入，避免創傷壓力累積，進而產生情緒調適困難，或勞工僅有心理評估需求時可使用。

3. E001A/B/C 須依據「E001-綜合功能性能力評估報告」蒐集資料，其生理及心理功能評估則依照 E001-綜合功能性能力評估報告之「附表一-生理功能評估」及「附表二-心理功能評估」進行，整合必要之評估結果撰寫報告。E001D 則依據「E001 心理功能評估報告」進行評估及報告撰寫。
4. 生理或心理評估時，評估項目非越多越好，應綜合考量本次綜合功能性能力評估的評估目的、傷病對於工作能力的影響與目標職務所需能力等，擇其必要評估項目與適切評量方式進行，以有效地了解勞工工作能力表現與限制，及影響復工與重返職場之阻礙。
5. 依據勞工生理、心理評估內容之完整度，申請補助費用：
 - (1) E001A（複雜版，補助費用 6,000 元/次）：評估內容涵蓋完整生理功能評估與心理功能評估。完整生理功能評估，請參照附件六、E001 綜合功能性能力評估報告之附表一-生理功能評估，須完成★標註之評估項目。
 - (2) E001B（中度版，補助費用 4,000 元/次）：評估內容涵蓋完整生理功能評估；或部分項目生理功能評估與心理功能評估。
 - (3) E001C（簡易版，補助費用 2,000 元/次）：評估內容涵蓋部分項目生理評估；或僅進行心理功能評估。建議若勞工只須進行心理功能評估，請優先使用 E001D。
 - (4) E001D 心理（補助費用 2,000 元/次）：評估內容僅涵蓋心理功能評估。
6. 受測者若有下列任何一種情況的話，應先徵得職業醫學科專科醫師同意後，方可進行「E001-綜合功能性能力評估報告」之附表一、生理功能評估。
 - (1) 高血壓（>140/90）。
 - (2) 骨折傷處未完全癒合、軟組織損傷後未經手術修補與慢性發炎者。
 - (3) 施測項目牽涉傷病部位之禁忌動作。
 - (4) 有家族心臟病史。

<p>(5) 休息時心率不整者。</p> <p>(6) 休息時之心跳大於每分鐘 100 次。</p> <p>(7) 服用治療心臟病、高血壓、青光眼等病症之 β 受體阻斷劑（乙型阻斷劑）。</p> <p>(8) 胰島素依賴型糖尿病患者。</p> <p>7. 受測者若有下列任何一種情況的話，則當下不宜進行「E001-綜合功能性能力評估報告」之附表一、生理功能評估，建議暫緩施測或改用「E004 工作模擬評估報告」或「E005-其他有必要之評估」。</p> <p>(1) 血壓高於 160/90。</p> <p>(2) 有心臟病史（最近一個月內）。</p>
<p>登錄/上傳表單時限</p>
<p>綜合功能性能力評估可依勞工臨床狀況分次進行，逐筆登錄評估日期，並於所有評估項目完成後之 10 個工作日內上傳/登錄「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。</p>
<p>申請費用及上限</p>
<p>每案補助費用依據實際評估項目及內容申報，E001A/B/C 擇一申報，申報次數上限 1 次，E001D 可獨立申請 1 次（E001A 複雜版，補助費用 6,000 元/次；E001B 中度版，補助費用 4,000 元/次；E001C 簡易版，補助費用 2,000 元/次；E001D 心理，補助費用 2,000 元/次）。</p>
<p>專業人員職責</p>
<p>職能復健個案師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據重建服務計畫擬訂表之評估項目，派案/轉介至評估單位（人員），亦可自行提供評估服務。 2. 與評估人員溝通協調評估重點、目標及時間。 3. 追蹤勞工是否依約接受評估。 4. 追蹤各項評估報告之完成狀況，視實際狀況，協助上傳相關評估報告附件至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。

職能復健專業人員職責

1. 評估前應詳細閱讀職業災害勞工基本資料與轉介資料，包含重建服務需求評估表、重建服務醫囑單、重建服務計畫擬訂表與其他必要相關資料等，確認其重建服務目標與轉介「E001-功能性能力評估」之目標與目的。
2. 依勞工實際傷病狀況、評估目的以及職業醫學科專科醫師所開立之評估項目進行評估；若勞工評估時狀況與轉介資料或職業醫學科專科醫師所述不符或有安全疑慮時，應主動與職業醫學科專科醫師及職能復健個管師聯繫並確認後續評估內容或項目之調整。
3. 評估時，若職業災害勞工經臨床推理應評估之項目尚未能評估，須於欄位中說明無法施測及其原因。若於評估過程觀察到之勞工行為表現，如行為反應或疼痛變化等，須於備註欄位填寫說明。另評估結果撰寫需搭配工作分析之結果說明。

E002 工作分析報告

工作分析報告係為針對勞工欲重返職場之目標職務進行完整目標職務資訊蒐集，包含工作步驟、產量與工作品質等量化與質性工作要求，並對其所需身體能力及功能、人員條件需求及可能影響勞工工作表現之環境因子分析，以了解目前勞工無法復工原因，並完整蒐集明確目標職務之資訊，以及作為判斷後續工作模擬評估、工作能力強化訓練服務、職務調整建議及職務再設計服務之具體目標及作法之依據。一般而言，進行職場評估必須事先徵得雇主同意，若因故無法進行臨場目標職務工作分析（可能因雇主拒絕、職務地點不固定或安全性考量等其他因素），則可藉由工作場所照片或影像進行非臨場職務工作分析。若獲得工作場所照片或影像有困難時，可透過治療師自行蒐集相關職務資料進行分析，相關資料之適合性應與勞工或其雇主確認。

重建服務過程中，若勞工目標職務有所調整，可記錄於「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」、「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」或工作能力強化訓練紀錄中。

申請規範

1. 若勞工重建服務有具體工作目標，且須進行生理工作強化訓練，則本項目為必要評估項目，並可依實務情況決定能否進行臨場評估；進行心理工作強化訓練，則可視

<p>實際服務需求進行本項目。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 依據工作分析報告表單內容進行資料蒐集及評估。 3. 依據評量方式，擇一申請補助費用，每案限申請一次： <ol style="list-style-type: none"> (1) 目標職務工作分析（臨場）（E002A，補助費用 5,000 元/件）： <p>實際至勞工執行職務之工作場所進行分析，應附有照片、出席簽到表之圖檔，而臨場評估所需交通費用另計。</p> (2) 目標職務工作分析（非臨場）（E002B，補助費用 3,000 元/件）： <p>透過勞工工作場所相關之圖片或影像資料等，並搭配晤談進行工作分析。晤談對象可包含勞工、勞工之主管或職場其他相關人員。</p> 4. 應於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」完成目標職務工作分析報告。
<p>登錄/上傳表單時限</p>
<p>於目標職務工作分析完成後之 10 個工作日內上傳/登錄「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。</p>
<p>申請費用及上限</p>
<p>每案補助費用依據評量方式及內容擇一申報，E002A-目標職務工作分析（臨場），補助費用 5,000 元/件；E002B-目標職務工作分析（非臨場），補助費用 3,000 元/件，申報次數上限 1 次。專業人員實際至工作現場進行工作分析之交通費，可於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」之 E002 表單中上傳交通費單據，申報「A004 必要之交通/差旅費」，依國內出差旅費報支要點核實支付。</p>
<p>專業人員職責</p>
<p>職能復健個案師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據重建服務計畫擬訂表之評估項目，派案/轉介至評估單位（人員），與評估人員溝通協調評估重點、目標與目的及評估時間，亦可自行提供評估服務。 2. 依據與勞工與其雇主之晤談結果，決定是否有必要/適合進行臨場工作分析評估。 3. 與雇主端聯繫並說明臨場工作分析評估之目的：「為了解勞工實際在復工後可能遭遇之困難，以及目前無法執行之職務所需之操作標準，並且提升復工後之工作安全

及職場健康。相關評估紀錄皆不會作為其他檢查或法律用途」。

4. 針對可進行臨場評估者，協調評估時間地點等相關事宜，並依照職業醫學科專科醫師之醫囑內容，進行專業人員之聯繫及協調。
5. 針對無法進行臨場評估者，聯繫雇主或由勞工提供目標職務工作項目之圖示、影片或標準操作流程等資訊。建議雇主端之窗口可聯繫其職場安全衛生人員，如職安人員或廠護。
6. 追蹤勞工是否依約接受評估，及工作分析報告之評估結果及建議，以及報告撰寫狀況。
7. 於進行臨場目標職務工作分析、協請專家臨場評估及工作模擬評估等職能復健服務時，如發現事業單位之安全衛生設施或現場環境疑似有危害之虞，可能導致勞工有再次發生職業災害之情事，可於職業災害勞工服務資訊整合管理系統內勾選事業單位需協助工作環境輔導改善，如有工作現場照片則一併上傳。後續會由各地方政府僱用之專責人員陪同認可職能復健機構服務人員進行臨場服務，或後續由該專責人員進行職災勞工職場工作環境之輔導改善，以協助雇主提供符合職業安全衛生規定之工作環境。

職能復健專業人員職責

1. 評估前應詳細閱讀職業災害勞工基本資料與轉介資料，包含重建服務需求評估表、重建服務醫囑單與重建服務計畫擬訂表或其他必要相關資料等，確認其重建服務目標、預計分析之目標職務與轉介「E002-工作分析」之目標與目的。
2. 詳細分析勞工目標職務所需執行之所有工作項目，以利後續訓練及職務再設計參考。工作分析內容須具體撰寫工作之要求及負荷，並且說明工作項目所需與職業傷病相關之能力。此部分可與綜合功能性能力評估結果對照，藉以擬訂訓練內容。撰寫完成之工作分析可向雇主確認相關工作要求是否有誤。
3. 於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」中撰寫工作分析報告。

E003 專家評估建議報告/臨場服務紀錄

除了 E002 針對目標職務之工作項目進行臨場工作分析外，若經需求評估結果及職業醫學科專科醫師之判斷，職業災害勞工執行職務具其他評估需求，須邀請相關專家進入職場進行評估，如雇主需要職場安全規劃之建議，則可由職業醫學科專科醫師進行職場風險評估，可向中央主管機關提出申請，經審核通過者則可申請此項目補助費用。若需聘請機構外部專家且無相關資源，可請職災預防及重建中心重建處提供專家名單建議。

申請規範

1. 申請本項目補助，應有職業醫學科專科醫師開立重建服務醫囑，敘明評估目的、次數及執行此項目之專業人員，增列於重建服務計畫擬訂表中，並行文至中央主管機關提出申請，且經函覆同意後方可執行。
2. 考量臨場工作分析、工作模擬評估、輔助設施或職務再設計之評估已有相對應之補助申報項目，因此本項目之補助費用不得用於申請與「E002-目標職務工作分析」、「E004-工作模擬評估」及「T004A/B-輔助設施評估/職務再設計服務」相同目的之臨場評估。
3. 同一評估目的/專業背景之專家補助一名為限，且須親臨職業災害勞工工作現場進行評估。此項目僅限於與重返職場相關之臨場評估或風險評估，且需與職業災害勞工復工有直接相關性，例如降低工作風險或促進復工之措施。
4. 每位專家評估後皆須撰寫一份「專家評估建議報告」或「臨場服務紀錄」。報告格式以當次評估內容之適用表單為準，並應有評估人員之簽名。評估報告與相關服務紀錄內容皆須填寫/上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。
5. 視需要得請職災預防及重建中心重建處提供專家名單建議，或可單項移轉請其他具有適合專業人員或資源之認可職能復健機構協助。

登錄/上傳表單時限

於每次臨場評估日後 10 個工作日內上傳/登錄至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。

申請費用及上限
<p>依據中央主管機關審核通過之內容進行評估，每項評估補助費用 1,500 元/次，申報上限依據審核結果認定。專業人員至臨場進行評估之交通費，可於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」之 E003 表單中上傳交通費單據，申報「A004 必要之交通/差旅費」，依國內出差旅費報支要點核實支付。</p>
專業人員職責
<p>職能復健個管師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」與職業醫學科專科醫師評估（P002-重建服務醫囑單），討論其他臨場評估之需求、評估目的以及專家人選建議。 2. 分別與雇主端代表、勞工及臨場評估之專家溝通臨場評估之目的，以及具體之評估時間與地點。 3. 視實際服務需求協助臨場評估，並追蹤專家之評估過程及報告撰寫結果及建議。 4. 協助將專家評估建議報告/臨場服務紀錄上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。
E004 工作模擬評估報告
<p>工作模擬評估報告為依據勞工主要職務內容及需要之能力進行模擬評估，包含其工作姿勢、負重、動作、環境、持續度與頻率等內容。以負重型工作為例，勞工需要每 5 分鐘搬運 20 公斤物品存放到 20 公尺外之倉庫，並持續 2 小時，倘若綜合功能性能力評估等標準化評估工具無法實際測得此工作能力表現情況，可請勞工依照此工作實際操作需求、品質及效率進行模擬測試。其優點為，可具體觀察勞工執行工作之困難及阻礙，評估結果數據較能呈現工作能力符合程度，且可作為後續訓練內容規劃、工作安全教育及職務再設計之參考依據。工作模擬評估可依實際情況選擇至工作場所進行模擬試做評估，或是於訓練空間規劃作為模擬工作現場配置，以進行評估。</p>
申請規範
<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項目為選用評估項目，若「E001-綜合功能性能力評估報告」之附表一、生理功能評估無法呈現勞工重返職場之阻礙，方須選用工作模擬評估作為依據，並依實際

情況考量是否進行工作現場試作評估。

2. 工作模擬評估之目標為：確認勞工復工能力之符合度及困難，因此應配合目標職務之工作分析項目進行評估。工作模擬評估中之模擬設計，需具體且詳細描述所設計之模擬方法，包含操作工具、設備、尺寸與重量等，此設計（尺寸、重量、距離、時序時間、頻率等）須與工作分析結果相似，並於「評估結果解釋」描述勞工模擬過程中之工作標準達成情形、行為反應、疼痛與使用輔具或職務再設計之情形等。
3. 須針對目前因職業災害傷病導致執行困難之職務內容進行評估。
4. 依據模擬職務內容項目多寡、複雜度及所需花費評估時間，擇一申請補助費用：
 - (1) E004A（簡易版，補助費用 2,000 元/次）：須涵蓋勞工目標工作之部分且必要或主要之職務內容，並為綜合功能性能力評估無法測得之項目。
 - (2) E004B（複雜版，補助費用 4,500 元/次）：至少涵蓋勞工操作半日之工作內容及工作時間，或依評估目的需進行持續 3 小時之模擬評估。
 - (3) 本項服務補助費用上限為 2 次，可依勞工實際服務需求，於生理工作強化訓練前、訓練中、訓練結束後或預計重返職場前進行，評估次數依勞工服務需求規劃，每位勞工所需評估次數不定。
5. 考量生理工作強化訓練多採用工作模擬訓練，於訓練過程中即可知悉該項模擬職務之工作能力符合度，因此於強化訓練結案時，若欲進行工作模擬評估，其評估項目、設計之內容應與生理工作強化訓練有所差異。
6. 應於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」登錄評估內容。

登錄/上傳表單時限

於每次完成工作模擬評估後 10 個工作日內上傳/登錄「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。

申請費用及上限

每案補助費用根據實際評估項目及內容申報，E004A（簡易版），補助費用 2,000 元/次；E004B（複雜版），補助費用 4,500 元/次，申報次數上限 2 次。專業人員若於工作現場進行工作模擬評估需要交通費者，可於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」之 E004 表單中上傳交通費單，申報「A004 必要之交通/差旅費」，依國內出差旅費報支要點核實支付。

專業人員職責

職能復健管理師職責

1. 依據重建服務計畫擬訂表之評估項目，派案/轉介至評估單位（人員），提供目標職務工作分析報告與其他必要評估資料供工作模擬評估人員了解其職務內容及需求；亦可自行提供評估服務。
2. 協助聯繫與安排後續評估事宜，針對需要於實際工作場所進行模擬評估者，分別與雇主、勞工以及評估人員溝通臨場工作模擬評估或工作試做之目的、現場所需雇主協助配合事項，以及具體之評估時間與地點等相關事宜。
3. 追蹤勞工是否依約接受評估、工作模擬評估之評估結果及建議，以及報告撰寫狀況。

職能復健專業人員職責

1. 評估前應詳細閱讀職業災害勞工基本資料與轉介資料，包含重建服務需求評估表、重建服務醫囑單與重建服務計畫擬訂表，以及綜合功能能力評估報告與工作分析報告等必要評估資料，確認其重建服務目標、預計模擬職務內容與轉介「E004-工作模擬評估」之目標與目的。
2. 設計模擬情境時，建議與勞工或其雇主端相關人員確認設計之情境符合實際工作要求，以確保能有效地評估與了解勞工重返職場或執行職務之困難與阻礙。
3. 於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」撰寫工作模擬評估報告。

E005 其他有必要之評估

職業災害勞工依據其診斷及工作內容，可能有多面向之評估需求，可視其需求邀請各領域專家提供評估及建議，如視神經功能評估、器質性心理認知功能評估或綜合性工作能力評估無法評估之工作能力。具上述需求者可向中央主管機關提出申請，詳述相關評估之目的、目標及與重返職場之相關性，審核通過者則可申請此項評估補助費用。

申請規範

1. 依據職業醫學科專科醫師之醫囑（P002-重建服務醫囑單），確認勞工有綜合功能性

<p>能力評估無法釐清且與當次職災診斷與重返職場需求具相關性之能力須評估，申請「E005-其他有必要之評估」。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 於「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」敘明評估項目名稱、評估目的、次數及預定評估人員之專業領域與人選。 3. 將上述內容送中央主管機關進行審核，經主管機關函覆同意後，方可進行。 4. 報告格式以當次評估內容之適用表單為準，並應有評估人員之簽名。相關表單皆須填寫/上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。 5. 視需要得請職災預防及重建中心重建處提供專家名單建議，或可單項移轉請其他具有適合專業人員或資源之認可職能復健機構協助。
<p>登錄/上傳表單時限</p>
<p>於每次完成評估後 10 個工作日內上傳/登錄「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。</p>
<p>申請費用及上限</p>
<p>依據中央主管機關審核通過之內容進行評估，每項評估補助費用 1,500 元/次，申報上限依據審核結果認定。</p>
<p>專業人員職責</p>
<p>職能復健個案師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」及職業醫學科專科醫師之醫囑建議（P002-重建服務醫囑單），蒐集申請相關資料，包含評估項目、評估目的及預定評估人員之專業領域與人選等。 2. 將相關申請資料行文至中央主管機關提出申請，經審核函覆同意後方可執行。 3. 依據審核結果，邀請專家進行評估，並協助聯繫勞工與專家溝通評估目的，以及具體評估時間與地點。 4. 追蹤評估結果、過程以及報告撰寫狀況，協助將評估報告上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。

E006 職業輔導評量報告及職評說明會議紀錄

當職業災害勞工有再就業或原職場轉換職務之需求，但無法確認其職務或就業方向，可以透過職業輔導評量協助相關判斷及規劃。職業輔導評量為完整、詳細且專業之評量，根據評量結果可獲得職業災害勞工之人格特質、工作性向、興趣、工作行為及身體能力等各方面之客觀資料，了解職業災害勞工之就業限制、潛在能力及最大功能，並進一步預測勞工之就業方向及提供相關建議。若機構內未具有符合職業輔導評量員資格之人員、空間或工具，可轉介至地方政府，由其府內辦理職業輔導評量之單位提供職業輔導評量服務，或可單向移轉請其他具備有職業輔導評量員之認可職能復健機構協助評量。

申請規範

1. 依據「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」與職業醫學科專科醫師之醫囑建議（P002-重建服務醫囑單），確認職業輔導評量之目的。
2. 需由機構內之職業輔導評量員（參照身心障礙者職業重建服務專業人員遴用及培訓準則第六條，完成職業輔導評量專業訓練 160 小時以上，成績及格取得結訓證明）提供服務。
3. 職災重建服務所提供之職業輔導評量服務對象須符合以下 3 點：
 - (1) 有就業或接受職業訓練之意願
 - (2) 醫療復健穩定
 - (3) 經評估需要職業輔導評量者。
4. 提供職業輔導評量服務時，選用分測驗之項目、評量內容與目的，若與其他補助項目重複，且無合理說明，如 E001 綜合功能性能力評估或 E004 工作模擬評估等，不得重複請領補助。
5. 提供職業輔導評量服務應於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」完成下列紀錄，並上傳勞工簽署文件：
 - (1) 職業輔導評量結果說明會會議紀錄，會議紀錄須請出席人員簽名，並上傳於資訊系統。
 - (2) 職業輔導評量報告，包含具體就業建議，再與勞工及相關服務人員說明並確認後，應請勞工簽名，再將正式報告上傳於資訊系統。

6. 轉介身障職業輔導評量單位進行職業輔導評量且由其他經費來源支應者，不得申請此補助費用。
登錄/上傳表單時限
於職業輔導評量說明會後 10 個工作日內將評量結果與相關文件登錄/上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。
申請費用及上限
職業輔導評量所需之評估、報告撰寫及職業輔導評量說明會之時數，每案補助費用 750 元/小時，依據實際服務情形申報上限為 40 小時。
專業人員職責
<p>職能復健個管師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據重建服務計畫擬訂表之評估項目，派案/轉介至評估單位（人員），亦可自行提供評估服務。 2. 若機構內無職業輔導評量員，可於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」填寫「轉介表」轉介至地方政府職業災害勞工專業服務人員，說明職業輔導評量轉介目的，由地方政府協助連結府內身心障礙職業輔導評量資源；或可單向移轉請其他具備有職業輔導評量員之認可職能復健機構協助評量。 3. 若機構內有職業輔導評量員，但無適切職業輔導評量空間、工具，可洽詢所在縣市提供職業輔導評量之職業重建單位或身心障礙者職業重建服務資源中心，確認所在縣市內或鄰近區域內可租借之評量場地或評量工具。 4. 與職業輔導評量員說明職業重建服務計畫、轉介目的，提供必要之重建服務資料，如重建服務需求評估表或綜合功能性評估報告等。 5. 協助勞工與評估人員協調評量時間，追蹤評量狀況、結果建議及報告撰寫期程。 6. 視需求協助召開職業輔導評量說明會，依據勞工職業輔導評量目標邀請與會人員，如勞工、目標職場之主管、就服員或相關職業重建服務窗口人員。 7. 建議參與職業輔導評量說明會，了解職業輔導評量報告結果與建議事項，討論後續重建服務計畫之執行方向，確認與會者皆達成共識，安排後續服務資源。 8. 追蹤職業輔導評量報告運用狀況，如勞工是否有使用職業輔導評量建議至就業服

務機構或職業訓練機構接受服務，或透過職業輔導評量報告規劃及調整後續職能復健介入計畫。

T001 職業災害勞工復工計畫建議報告

「T001-職業災害勞工復工計畫建議報告」為針對有意願重返原職場之勞工及其雇主，必要時整合各領域專家意見，包含職場安全、醫療復健及職能復健等，提出職業災害勞工重返職場之具體執行建議，並提供後續服務，以滿足勞雇重返職場相關需求。一般而言，職業醫學科門診即可提供勞工復工或配工建議，但需整合性重建服務且需正式書面報告時，可申請「T001-職業災害勞工復工計畫建議報告」，即進階版復工計畫。

復工計畫建議報告內容，醫師應評估並說明勞工之傷病恢復歷程及重返職場職務調整之限制與風險。

復工計畫建議報告應符合勞工職業災害保險及保護法施行細則第 84 條之規範。因「T001-職業災害勞工復工計畫建議報告」補助費用申報上限為每案 1 次，建議於職業災害勞工達到治療後症狀固定階段，再予開立；若需再次開立報告，則需請申請者自費。此部分補助限制建議事先向申請者說明。

如擬訂復工計畫服務時，勞資雙方未能共同參與協商或未達成共識，雖依災保法施行細則第 84 條規定，得由職業醫學科專科醫師及其他職能復健專業機構人員依參與之勞資一方意見及專業評估結果擬訂，並據以執行。惟考量實際辦理時，如勞方無法配合專業人員評估，則難以作成復工計畫建議；反之，雇主未參加將缺乏職場合理調整資訊。因此，協助擬訂復工計畫建議報告時，應考量勞雇雙方意願及配合度，盡量說明並協調雙方參與，並據實呈現所收集之資料及建議。

申請規範

1. 需由勞雇任一方於職業醫學科門診針對重返原職場，提出復工計畫建議報告之需求申請，並簽署「T001 復工計畫建議報告書申請書」。
2. 由職業醫學科專科醫師整合職能復健各項服務內容，包含重建服務需求評估表、綜合功能能力評估報告、工作分析報告及必要時之檢查等各項評估結果及專業意見，撰寫復工計畫建議報告。報告完成後，召開復工協調會議，確認勞工或/且

其雇主對於報告書之評估結果與建議無異議，由職業醫學科專科醫師、勞工或/且其雇主簽名或蓋章及加註簽署日期。
3. 應依照「T001-職業災害勞工復工計畫建議報告」格式撰寫，內容應符合勞雇需求之合理調整，應將勞工、雇主簽署之復工計畫建議報告書登錄於「職業災害勞工復工計畫建議報告」，若勞工或其雇主不願簽署，應敘明原因。
4. 申請 T001 復工計畫建議報告者，應由職能復健個管師追蹤後續復工計畫執行狀況與其重返職場之情況與進展達 3 個月，並記錄至「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」。
5. 若為雇主申請 T001 復工計畫，但勞工不配合評估，因無法完成重建服務同意書及綜合功能性能力評估，而無法進行後續服務，故應建議雇主請勞工一同出席門診。
登錄/上傳表單時限
應於完成報告後 10 個工作日內登錄至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。
申請費用及上限
每案補助費用為 2,000 元/件，申報上限 1 次。
專業人員職責
職業醫學科專科醫師職責
1. 針對主動至職業醫學科門診求診、表達有申請復工計畫建議報告需求之勞工或其雇主，或於重建服務過程中因重返職場而需要復工計畫建議報告且主動提出申請之勞工，於「P002-重建服務醫囑單」中開立「T001-職業災害勞工復工計畫建議報告」。
2. 依據勞雇雙方復工計畫建議報告擬訂所需之資訊，開立相關評估項目之申報代碼。
3. 提供「P002-重建服務醫囑單」予職能復健個管師，以利進行後續「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」與安排各項評估或職能復健服務。
4. 依據各項評估結果撰寫「T001-職業災害勞工復工計畫建議報告」，並召開復工協調會議，向勞雇雙方說明報告內容。確認勞雇雙方達成報告內容共識，由職業醫學科專科醫師、勞工或/且其雇主簽名並蓋章，並備註報告參考期限。
職能復健管理師職責
1. 提供職能復健各項服務表單內容予職業醫學科專科醫師，並視需求與職業醫學科

專科醫師討論復工計畫建議報告之內容，並協助職業醫學科專科醫師完成復工計畫建議報告。

2. 協助召開復工協調會議，邀請勞工及其雇主或相關重建服務人員至職業醫學科門診了解復工計畫建議報告之內容，確認各項建議之可行性，協助勞雇雙方達成復工共識。
3. 確認職業醫學科專科醫師、勞工與其雇主於復工計畫建議報告上簽名蓋章後，提供給職業災害勞工及其雇主。提供復工計畫建議報告時，提醒勞雇後續將會持續追蹤勞工復工狀況。
4. 協助上傳「T001-職業災害勞工復工計畫建議報告」至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。
5. 追蹤復工計畫建議報告交付勞雇後復工或重建服務進展，並記錄於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」之「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」。

T002A/B/C/D 生理工作能力強化訓練計畫/紀錄/結案評估報告

生理工作能力強化訓練為針對尚有工作能力且有重返職場意願之勞工，在有明確工作方向與目標，但因生理工作能力無法符合工作需求無法返回職場，所提供以「工作內容為導向」之生理功能訓練。目的係為使勞工能夠適時獲得有效之介入及訓練，恢復災前之就業能力，並以能讓勞工回到原職場從事原職務、調整職務或替代性職務為主要目標。若無法重返原職場者，也可藉由生理工作能力強化訓練提升其工作能力，再協助其自行謀職或轉介就業服務機構以重返職場。提供訓練前，曾經綜合功能性能力評估、目標職務工作分析或工作模擬評估等，分析勞工重返職場之生理功能障礙，確認勞工可透過此服務獲得效益，進而重返職場。

生理工作能力強化訓練服務應包含生理工作能力強化訓練計畫、生理強化訓練執行紀錄及生理工作能力強化訓練結案評估報告：

1. 生理工作能力強化訓練計畫

生理工作能力強化訓練計畫訂定，應依據「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」所定之轉介訓練目標，規劃職業災害勞工所需生理工作能力強化訓練項目、內容及目標，包含訓練次數、頻率、訓練活動內容等。其中訓練內容應與執行目標職務

所需之功能直接相關，以「功能性」、「量化」方式呈現，並以漸進式強化方式，提供工作適能、工作模擬訓練、職務調整之策略訓練、自我監控與職場安全衛教等。相關撰寫規範應符合「生理工作能力強化訓練計畫」表單欄位撰寫說明。

2. 生理工作能力強化訓練紀錄

依據生理工作能力強化訓練計畫執行相關訓練及介入，每次訓練應於「生理工作能力強化訓練紀錄」中，記錄當次訓練之目標工作內容、活動及勞工表現狀況，包含量化能力進展及質性觀察。訓練內容撰寫建議以循環之回合次數方式撰寫，例如暖身後，每 1 回合內可能包含工作適能、工作模擬等訓練內容，該次訓練共進行幾回合。透過此活動安排方式，可逐漸契合於職場工作之樣貌，呈現工作能力及耐力提升結果。因生理工作能力強化訓練時數申報上限為 48 小時，因此須有效地運用時數提升勞工工作能力，且每週回顧勞工訓練進展，以確保其工作能力提升符合訓練計畫之預期，並視勞工實際進展與變化，適時地調整訓練強度與內容。

小提醒/建議：若當勞工完成 2 週之訓練後，其功能提升之進展曲線未達治療師規劃時期待之進展，則建議應及時分析進展停滯原因、調整相關訓練或目標，且於此時向勞工、職能復健個管師、職業醫學科專科醫師及雇主溝通，甚至考量是否調整職務，或是提供職務再設計、輔助設施等其他資源，協助勞工重返職場。

3. 生理工作能力強化訓練結案評估報告

生理工作能力強化訓練結案評估報告為呈現生理工作能力強化訓練之介入成效，確認勞工結案時之生理功能與目標職務需求之符合度。評估內容應與「E001-綜合功能性能力評估報告之附表一-生理功能評估」或「E004-工作模擬評估報告」相對應，並於評估結果解釋與職務內容建議中提出具體可行之工作執行調整策略及其他相關安全性建議。若勞工因故無法配合結案評估（如失聯），則應於 P004 說明無法配合結評之原因及其訓練結案情形。

申請規範

1. 依據職業醫學科專科醫師開立之時數及目標執行（P002-重建服務醫囑單），若勞工訓練目標與進展與原 P002 醫囑開立時預估進展不同，而需增加、減少訓練時數或調整訓練目標，應重新由職業醫學專科醫師評估，重新開立重建服務醫囑單，以調整重建服務計畫與生理工作能力強化訓練計畫。

2. 服務對象應具有具體目標工作/職務內容（亦即可以完成工作分析），且因生理能力限制無法重返職場，經生理功能評估可從生理工作能力強化訓練獲得效益者。
3. 應由職能治療師或物理治療師執行。
4. 以漸進式訓練為原則。
5. 考量訓練效益，每次訓練至少 2 小時，訓練頻率建議每周至少 2 次，若因個別特殊情況，訓練頻率無法配合，則應於訓練計畫中，敘明理由並規劃合宜之訓練模式，如居家訓練合併強化訓練或進漸式復工合併強化訓練之模式，以確保其訓練效益。若是勞工因故無法配合 2 小時訓練或未出席，則應於訓練紀錄上敘明理由。
6. 生理工作能力強化訓練計畫擬訂時，勞工無須實際出席，然治療師應於訓練開始前，與勞工清楚說明訓練目標、內容以及期程等規劃，以確認雙方達成訓練共識。
7. 生理工作能力強化訓練結案評估，勞工應實際出席並配合「E001-綜合功能性能力評估報告之附表一-生理功能評估」之結評，方得以申報結案評估費用。
8. 提供生理工作能力強化訓練服務應於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」完成下列紀錄：
 - (1) T002A-生理工作能力強化訓練計畫。
 - (2) T002B-生理工作能力強化訓練紀錄。
 - (3) T002C/D-生理工作能力強化訓練結案評估報告，以及「E001-綜合功能性能力評估報告之附表一-生理功能評估」之結評部分。
9. T002 生理工作能力強化訓練結案評估，視勞工評估需求與生理評估完整性，擇一申請補助費用：
 - (1) T002C（簡易版，補助費用 2,000 元/次）：評估內容涵蓋部分項目生理評估。
 - (2) T002D（複雜版，補助費用 4,000 元/次）：評估內容涵蓋完整生理功能評估。完整生理功能評估，請參照附件六、E001 綜合功能性能力評估報告之附表一-生理功能評估，須完成★標註之評估項目。

<p>登錄/上傳表單時限</p>
<p>生理工作能力強化訓練計畫：應於完成訓練計畫擬訂後之 10 個工作日內登錄。</p> <p>生理工作能力強化訓練紀錄：應逐次紀錄，每次提供服務後 10 個工作日內登錄。</p> <p>生理工作能力強化訓練結案評估報告：可依勞工實際臨床狀況分次進行，逐次登錄評估日期，於評估完成後 10 個工作日內登錄。</p>
<p>申請費用及上限</p>
<p>生理工作能力強化訓練計畫：每案補助費用為 1,200 元/次，上限 1 次為原則。</p> <p>生理工作能力強化訓練紀錄：每案補助費用為 1,200 元/小時，依據實際服務情形申報，時數上限以 48 小時為原則。如需延長訓練時數，應敘明原因向中央主管機關提出申請，經審核同意後方可執行。</p> <p>生理工作能力強化訓練結案評估報告：每案補助費用依評估需求與評估項目完整度，選擇 T002C（簡易版）2,000 元/次或 T002D（複雜版）4,000 元/次申報，上限 1 次為原則。</p>
<p>專業人員職責</p>
<p>職能復健個管師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」及職業醫學科專科醫師之「P002-重建服務醫囑單」開立之目標與時數，撰寫「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」並派案至機構內之職能/物理治療師（須已向職安署函報同意之治療師），亦可自行提供服務或協助轉介至強化訓練機構。 2. 派案/轉介強化訓練服務時，需提供必要之評估資料，包含綜合功能性能力評估報告、工作分析報告或工作模擬評估報告等，並與治療師聯繫說明勞工災後重建狀況、轉介目的與訓練時數上限等，確認訓練目標可行性。 3. 初期確認生理工作能力強化訓練計畫內容是否適切且符合勞工之重建目標。 4. 協助勞工及治療師協調初次訓練時間，並於訓練期間定期或不定期追蹤服務狀況及勞工進展情況是否符合預期目標。若不符合，應及早與治療師及職業醫學科專科醫師討論計畫調整方向。 5. 依據生理工作能力強化訓練結案評估報告結果與建議，與勞工溝通協調後續重建計畫或重返職場之規劃，並追蹤後續重返職場情形。

6. 相關追蹤紀錄應登錄至「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」。

職能治療師或物理治療師職責

1. 依「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」、「E001 綜合性能力評估報告」、「E002 工作分析報告」與其他必要之評估報告結果與建議，擬訂生理工作能力強化訓練計畫。
2. 依生理工作能力強化訓練計畫執行生理工作能力強化訓練，且若訓練進展不如預期時，應主動告知職能復健個案師，與職能復健專業團隊、職業醫學科專科醫師溝通討論訓練計畫之調整，包含訓練目標、介入策略與訓練時數。
3. 逐次按時填寫生理工作能力強化訓練紀錄。
4. 於訓練完成時，安排生理工作能力強化結案評估，並撰寫 T002C/D 生理工作能力強化訓練結案評估報告與 E001-綜合功能性能力評估報告之附表一-生理功能評估」之結評部分。

T003A/B/C 心理工作能力強化訓練計畫/紀錄/結案評估報告

心理工作能力強化訓練為針對尚有工作能力且有重返職場意願之勞工，經綜合功能性能力評估之心理功能評估、目標職務工作分析或其他必要評估等，分析阻礙勞工重返職場或職場適應之情緒/行為/認知功能，提供以「工作內容為導向」之心理功能訓練。目的為讓勞工能夠早期獲得有效之介入及訓練，減緩創傷後所造成情緒壓力反應，避免後續衍生為創傷後壓力症候群，提升勞工重返職場之動機及信心，或協助勞工重返職場後的適應能力，如強化與雇主及同事溝通協調技巧、彈性問題解決能力與工作壓力管理策略等，讓勞工達到職災傷後能夠就業的心理狀態及生活型態。

心理工作能力強化訓練服務應包含心理工作能力強化訓練計畫、心理工作能力強化訓練紀錄及心理工作能力強化訓練結案評估報告：

1. 心理工作能力強化訓練計畫

心理工作能力強化訓練計畫執行，應依據「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」所定之轉介目標，規劃職業災害勞工所需心理工作能力強化訓練項目、內容及目標，包含訓練次數、頻率、介入方式等。其中介入內容應與職業災害勞工重返職場、職場適應所需之功能直接相關。相關撰寫規範應符合「心理工作能力強化訓練計畫」表單欄位撰寫說明。

2. 心理工作能力強化訓練紀錄

依據心理工作能力強化訓練計畫執行相關訓練，每次訓練應記錄於「心理工作能力強化訓練紀錄表」中，包含當次訓練之目標、介入方式及表現狀況。心理師應每週回顧介入進展，當勞工心理功能改善狀況不符合預期，則應及時調整相關目標，且於此時向勞工、職能復健個案管師、職業醫學科專科醫師及雇主溝通，分析進展停滯原因，或考量權益諮詢、家庭/經濟支持等其他資源，協助勞工重返社會或職場。

3. 心理工作能力強化訓練結案評估報告

心理工作能力強化訓練結案評估報告為呈現心理工作能力強化訓練成效，並且了解勞工之情緒/行為/認知功能與重返社會及職場適應之功能。評估內容應與「E001-綜合功能性能力評估報告之附表二-心理功能評估」相對應，並於評估結果解釋與後續追蹤建議中提出具體可行之追蹤重點。若勞工因故無法配合結案評估（如失聯），應於P004說明無法配合結評之原因並填寫其訓練結案情形。

申請規範

1. 依據職業醫學科專科醫師開立之時數及目標（P002-重建服務醫囑單）執行。若勞工訓練目標與進展與原 P002 醫囑開立時預估進展不同，而需增加、減少訓練時數或調整訓練目標，應重新由職業醫學科專科醫師評估，重新開立重建服務醫囑單，以調整重建服務計畫與心理工作能力強化訓練計畫。
2. 服務對象需經心理功能評估，確認有心理社會適應或認知功能困難，並影響其重返職場或職場適應能力。
3. 應由臨床心理師或諮商心理師依心理師法之業務範疇執行。
4. 考量訓練效益，建議每次訓練以 1 小時為原則，但可依勞工實際需求與服務狀況，調整當次訓練時數。
5. 心理工作能力強化訓練結案評估，勞工應實際出席並配合「心理工作能力強化訓練結案評估」，方得以申報結案評估費用；且若預計於同一日進行心理強化訓練與結案評估，應注意訓練與結案之服務目的不同，結案評估應回顧勞工於訓練歷程中的成長與進展並回應訓練計畫所設定之目標，給予後續建議與追蹤事項。

<p>6. 提供心理工作能力強化訓練服務應於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」完成下列紀錄：</p> <p>(1) T003A-心理工作能力強化訓練計畫。</p> <p>(2) T003B-心理工作能力強化訓練紀錄。</p> <p>(3) T003C-心理工作能力強化訓練結案評估報告。</p>
<p>登錄/上傳表單時限</p>
<p>心理工作能力強化訓練計畫：應於擬訂計畫後之 10 個工作日內登錄。</p> <p>心理工作能力強化訓練紀錄：應逐次紀錄，每次提供服務後 10 個工作日內登錄。</p> <p>心理工作能力強化訓練結案評估報告：可依勞工臨床狀況分次進行，並應逐次登錄評估日期，於完成評估後 10 個工作日內登錄。</p>
<p>申請費用及上限</p>
<p>心理工作能力強化訓練計畫：每案補助費用為 1,600 元/次，上限 1 次為原則。</p> <p>心理工作能力強化訓練紀錄：每案補助費用為 1,600 元/小時，依據實際服務情形申報時數上限 20 小時為原則。如需延長訓練時數，應敘明原因向中央主管機關提出申請，經審核同意後方可執行。</p> <p>心理工作能力強化訓練結案評估報告：每案補助費用為 2,000 元/次，上限 1 次為原則。</p>
<p>專業人員職責</p>
<p>職能復健個案師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」及職業醫學科專科醫師之「P002-重建服務醫囑單」開立之時數，撰寫「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」派案至機構內之心理師（須已向職安署函報同意之心理師）或協助轉介至強化訓練機構之心理師。 2. 派案/轉介強化訓練服務時，需提供必要之評估資料，如綜合功能性能力評估報告之心理功能評估或其他必要評估等，並與心理師聯繫說明勞工災後重建狀況、轉介目的與訓練時數上限等，確認訓練目標可行性。 3. 確認心理工作能力強化訓練計畫內容是否適切且符合勞工之重建目標。

4. 協助勞工及心理師協調初次介入時間，並定期或不定期追蹤服務狀況及勞工進展情況是否符合預期目標，若不符合，應及早與心理師及職業醫學科專科醫師討論計畫調整方向。
5. 依據心理工作能力強化訓練結案評估報告結果與建議，與勞工溝通協調後續重建計畫或重返職場之規劃，追蹤後續重返社會/職場情形。
6. 相關追蹤紀錄應登錄至「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」。

臨床心理師或諮商心理師職責：

1. 依「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」、「E001 心理功能評估」與其他必要之評估報告結果與建議，擬訂心理工作能力強化訓練計畫。
2. 依心理工作能力強化訓練計畫執行心理工作能力強化訓練，且若訓練進展不如預期時，應主動告知職能復健個管師，與職能復健專業團隊、職業醫學科專科醫師溝通討論訓練計畫之調整，包含訓練目標、介入策略與訓練時數。
3. 逐次按時填寫心理工作能力強化訓練紀錄。
4. 於訓練完成時，安排心理工作能力強化訓練結案評估，並撰寫 T003C 心理工作能力強化訓練結案評估報告。

T004A 輔助設施評估報告/職務再設計評估建議報告

1. 職務再設計整體服務概念說明：

職務再設計為根據人因工程及安全衛生原則，配合職業災害勞工的生理、認知及知覺、情緒精神狀況，以改變或調整工作方法、職務內容、機具設備、工作環境，或是提供合適的輔助器具，提高職業災害勞工的工作表現，並避免意外再發生。透過例行職務作業流程之檢視，利用職務之刪除、合併、重組、簡化或提供就業輔具，讓目標職務之作業流程能夠符合職業災害勞工之健康狀況及工作能力。

重建服務過程中，於臨場工作分析時、擬訂復工計畫建議報告時、提供生理工作能力強化訓練時或重返職場後等各個階段，皆有可能出現職務再設計服務需求。而職務再設計也應配合職場訪視、復工計畫及工作能力強化訓練，確認勞工之醫療復健狀況穩定或已達最大醫療改善狀況，並且有目標職務方向，給予職務再設計之

介入做法，以達成安全重返職場且提升工作效能之目的。

2. 職業災害勞工所需之職務再設計服務可分為以下類別：

- (1) 改善工作設備或機具：為提高工作效能，增進其生產力，所進行工作設備或機具之改善。
- (2) 提供就業輔具：為排除工作障礙，增加、維持或改善就業能力之輔助器具。
- (3) 改善工作條件：為改善工作狀況，提供必要之工作協助，如職場適應輔導或彈性工作安排等。
- (4) 調整工作方法：透過評量分析及訓練，按勞工特性，分派適當工作，如工作重組、調派其他員工共同合作、簡化工作流程或調整工作場所等。
- (5) 改善職場工作環境：為穩定就業，所進行與工作場所環境有關之改善。

3. 針對輔助設施評估說明：

輔助設施為職務再設計之做法之一，而輔助設施補助為依據災保法第 67 條第 2 款，當雇主協助勞工恢復原工作或安置適當工作時，依工作必要提供之輔助設施，包括恢復、維持或強化就業能力之器具、環境、設備及機具之改善等。雇主得持認可職能復健機構開立之輔助設施評估報告，於購買及改善後，向地方政府申請輔助設施補助。

4. 輔助設施補助對象：

僅限「依災保法第 67 條提供職業災害勞工從事工作必要之輔助設施之雇主」
(意即僅有受僱職業災害勞工之雇主可申請，不包含本身發生職災之雇主或自營業者)。

5. 輔助設施評估報告由職能復健專業機構之專業人員完成，登錄至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」，經職災預防及重建中心重建處初審後，再由職能復健個管師提供給勞工及雇主，雇主即可依據建議報告內容進行改造機具、設備或設施。雇主完成改造後，得向地方主管機關申請輔助設施補助。補助金額由地方主管機關核定。

6. 執行職業災害勞工職務再設計服務所需之費用，包含職務再設計之研發、設計、改

<p>良、改裝或就業輔具購置及製作等。視勞工狀況及需求，相關就業輔具購置或改造費用金額若低於 1 萬元以下，可由職能復健機構先行支付，將器具提供予勞工就業時使用，再向中央主管機關申請補助費用（T004B-職務再設計耗材費）；若相關費用超過 1 萬元，則應由雇主負擔，但可提供雇主輔助設施評估報告，由雇主向地方政府申請輔助設施補助費用。</p>
<p>申請規範（輔助設施補助費用審核流程，見輔助設施補助流程說明）</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 服務對象有具體之職務目標，但因生理或心理功能障礙而影響其重返職場、工作安全或工作表現等。 2. 依據「P001-職業災害勞工重建服務需求評估表」及職業醫學科專科醫師開立之「P002-重建服務醫囑單」所擬訂之「P003-職業災害勞工重建服務計畫擬訂表」服務目標執行。 3. 設計過程中，建議可參考「E002-工作分析報告」及「E001-綜合功能性能力評估報告」結果規劃。 4. 提供職務再設計（包含輔助設施評估）服務，應將研發、設計、製造、改良、訓練等內容填寫輔助設施評估報告/職務再設計評估建議報告之「職務再設計服務紀錄單」欄位中。 5. 職務再設計服務過程中，若同時有接受其他職能復健服務時，本項目之補助費用與其他項目在相同目的下不得重複申請。如因設計需求進行臨場工作分析，同一工作日不得同時申請「E002-目標職務工作分析」與「T004A/B-輔助設施評估/職務再設計服務」補助費用。 6. 停止評估時應填寫成果追蹤以說明職務再設計介入之改善後情形。 <p>依據勞工狀況，具申請訪視、評估、規劃之需求者，可向職災預防及重建中心或中央主管機關提出專家輔導申請。</p>
<p>登錄/上傳表單時限</p>
<p>應於提供職務再設計服務或輔助設施評估服務，且完成報告撰寫後 10 個工作日內，於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」上傳/登錄職務再設計評估建議報告或輔助設施評估報告，並於報告完成送審 90 日後之 1 個月內，完成職務再設計執行成果追蹤。</p>

申請費用及上限
<p>T004A：認可職能復健專業機構進行職務再設計之研發、設計、製造、改良、訓練及報告撰寫等所需之專業人員服務費，可申報補助費用 1,200 元/日，每日最多申報 2 人，每案 5 日為限。</p> <p>交通費：個管師/治療師/專業人員至臨場進行職務再設計所需，可於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」之 T004A 表單上傳交通費單據，申報「A004 必要之交通/差旅費」，依國內出差旅費報支要點核實支付。</p>
專業人員職責（輔助設施補助費用審核流程，見輔助設施補助流程說明）
<p>職能復健個管師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 職務再設計服務/輔助設施評估之個案來源，包含勞雇自行申請輔助設施評估報告者，以及職災重建服務開案之個案，經評估/追蹤有職務再設計服務需求者。 2. 針對接受重建服務之職業災害勞工，追蹤各階段重建服務狀況，並且判斷是否具有職務再設計需求。針對可透過職務再設計提升工作效能或對於重返職場有效益者，協助勞工就診職業醫學科門診，並建議職業醫學科專科醫師於「P002-重建服務醫囑單」加開職務再設計服務代碼。 3. 向雇主說明職務再設計服務/輔助設施評估之流程，以及職場評估之必要性及做法，獲得雇主同意相關配合事項。 4. 針對雇主申請輔助設施補助者，告知輔助設施補助之流程及相關規範。輔助設施評估建議報告完成並由職災預防及重建中心重建處初審通過後提供給雇主，並提醒雇主需要自費先行購置相關設備/器材/材料，於改善完成後向地方政府申請輔助設施補助。 5. 協助勞工及治療師/專業人員協調初次介入時間，包含個案評估或職場評估等，並追蹤輔助設施評估結果或職務再設計服務介入狀況。 6. 追蹤治療師登錄/上傳服務紀錄至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」之狀況，並將追蹤過程記錄至「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」。 7. 上述職務再設計追蹤期程為提供評估建議報告起 3 個月，以確認後續職務再設計/輔助設施介入之執行狀況與改善後成果，追蹤有無其他調整需求，若超過 3 個月尚未依職務再設計建議報告執行，則應記錄相關原因。

職能治療師或物理治療師職責

1. 依據勞工重返職場目標進行職務再設計或輔助設施評估。
2. 依據評估結果提出職務再設計/輔助設施做法，並與職能復健個案管師、勞工及其雇主進行討論並獲得共識，避免所設計的做法不符合職場規範。
3. 依據勞雇雙方及治療師/專業人員討論結果，執行職務再設計服務/輔助設施方案設計、製造、改良及購置等事宜。
4. 建議提供此份報告之治療師配合地方政府之審查作業。

T004B 職務再設計成果報告

承 T004A 段落敘述，執行職業災害勞工職務再設計服務所需之費用，可能包含研發、設計、改良、改裝或就業輔具購置及製作等專業人員服務費用與製作或購買之材料費用。認可職能復健專業機構進行職務再設計之研發、設計、製造、改良或訓練相關費用，請填寫 T004A 表單以服務時數申請相關費用，而認可職能復健機構提供 1 萬元（含）以下之小額職務再設計費用，則可填寫本表申請相關製作材料或輔具等經費。

申請規範

針對職務再設計所需之改善材料費用，可申請 T004B 職務再設計耗材費，依據勞工實際需求之材料購置費進行核銷，每案耗材費以 1 萬元為限，購置相關材料之明細應於職務再設計成果報告中呈現，其購置耗材之數量、品項應具合理性與適切性，並應符合主管機關之核銷規範。

登錄/上傳表單時限

應於提供職務再設計服務或輔助設施評估服務，且提供建議報告或完成職務再設計後 10 個工作日內，於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」上傳/登錄職務再設計成果報告。

申請費用及上限

補助費用核實支付，每案申報上限為 1 萬元。

專業人員職責（輔助設施補助費用審核流程，見輔助設施補助流程說明）

職能復健個案師職責

請見 T004A 敘述。

職能治療師或物理治療師職責

請見 T004A 敘述。

T004C 輔具評估及建議

上述職務再設計及輔助設施所申請之服務，為以就業為導向所需之服務；而職業災害勞工社會重建另有個人使用生活輔具或醫療輔具之需求。依據災保法第 79 條，個人提出之器具補助申請項目者，職業災害勞工得透過主管機關轉介，向認可職能復健機構申請輔具評估報告，以便勞工選擇適合其需求之生活輔具。若申請項目與就業工作能力直接相關，但與生活輔具難以區隔時，為提升勞工重返職場穩定就業之效益，並符合其工作需求，建議以申請職務再設計服務為優先。

若職業災害勞工同時具身心障礙證明，也可依「身心障礙者輔具費用補助辦法」及「身心障礙者輔具費用補助基準表」之相關規定，可提供勞工相關資訊，協助勞工向地方政府社會局申請輔具補助，惟不得與災保法之輔具或職務再設計等相關補助重複請領。

申請規範

1. 符合災保法第 79 條器具補助對象規範。（參考災保法第 79 條相關規範）
2. 開立診斷與協助評估之專業人員應符合輔助器具項目所對應之診斷及評估專業人員規範。
3. 應依據中央主管機關轉介，進行相關輔具或器具補助評估。
4. 應於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」填寫/上傳中央主管機關轉介之佐證文件與輔具評估報告，輔具評估報告內容以勞工所申請之輔助器具項目評估報告格式為準，並應有評估人員之簽名。

登錄/上傳表單時限

應於輔具評估日後 10 個工作日內登錄/上傳評估報告。

申請費用及上限
每案補助費用 600 元/項，申報次數上限依據轉介狀況計算。
專業人員職責
<p>職能復健個案師職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 接受中央主管機關之器具補助評估轉介，針對職業災害勞工對於生活輔具之需求，依據災保法第 79 條器具補助之申請規範，協助勞工至相關科別獲得診斷書。 2. 依照器具補助對象標準，連結相關專業人員，提供職業災害勞工輔具評估（請參考：職業災害勞工申請器具照護失能及死亡補助辦法及其附表）。 3. 輔具評估報告應由專業人員簽名並提交給勞工，協助勞工進行後續輔具選擇、購買與器具補助申請。 4. 協助將轉介佐證資料及輔具評估報告上傳至「T004C 輔具評估報告表」。 <p>輔具評估專業人員之職責</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依勞工申請之輔具項目，考量其生活及社會適應需求進行評估。 2. 依據評估結果撰寫輔具評估報告，提供予勞工進行後續器具補助之申請。

(四) D 結案階段

1. 階段意涵：

職業災害勞工重建服務結案階段包含針對重建服務之成效追蹤評估，以及結案狀態評估，主要是為了解重建目的是否達成，以及服務介入之成效。對於以重返職場為主要目標之勞工而言，需要逐漸適應實際工作之生理心理壓力，且需要重新建立穩定之生活作息，因此可能會需要再次經歷一段因重返職場而產生之「適應期」。此時應定期追蹤了解勞工各面向之適應狀況，直到勞工穩定回到職場達 3 個月。

2. 結案標準：

職業災害勞工重建服務之結案標準如下：

- (1) 達成重建服務目標，且追蹤達 3 個月。
- (2) 本機構無其他可提供協助之服務，且追蹤達 3 個月。
- (3) 職業災害勞工無繼續接受服務之意願，需加以說明，並請勞工簽署結案同意書。
- (4) 職業災害勞工失聯：經電話聯繫職業災害勞工 1 周內 3 次未接，且透過簡訊、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。
- (5) 個案不符合服務對象範疇（如，服務期間已退休，無就業意願），需加以說明。
- (6) 已全案移轉（因故轉院），未進行後續個案管理服務，不申報費用。
- (7) 職業災害勞工無法配合職業醫學科門診，無法進行後續職災重建服務，不申報費用。

註：追蹤達 3 個月，意即各項職能復健服務結束後，進行每月 1 次追蹤，達 3 個月。

3. 給付項目之規範及專業人員職責（P004）

P004 職業災害勞工重建服務管理紀錄表（結案追蹤及評估）

當重建服務計畫所提供之專業服務皆完成，且依據各個服務之結案評估，皆顯示符合勞工重建需求時，則開始追蹤勞工各項重建目標之達成情形。如勞工之目標為重返職場，則須定期了解重返職場後之狀況，及判斷是否需要協助其穩定就業之相關服務。於結案追蹤 3 個月後，若勞工皆無特別需要認可職能復健機構介入之需求，或達其他結案標準，則於告知勞工結案原因且獲得同意後予以結案。

申請規範
<ol style="list-style-type: none"> 1. P004 補助費用為職能復健個管師針對職業災害勞工接受重建服務之開案至結案，所進行個案管理之相關費用，故職能復健個管師應自重建服務需求評估開案至結案，於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」記錄個案管理之服務內容。 2. 確認勞工各項重建服務已完成，進行職業災害勞工重建服務結案追蹤及評估，確認勞工符合結案標準，完成「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」應完成之項目。 3. 於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」送出 P004 表單前，請先確認各項服務表單已填報完成，即表單皆已送審或不申報費用，逐筆送審的表單也需執行「停止訓練」或「停止評估」，附表一、二需執行填「填寫完成」。
登錄/上傳表單時限
應依據個案管理服務時間逐次於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」撰寫服務紀錄，並於各項重建服務結束進行連續追蹤 3 個月後，於 10 個工作日內完成並登錄「P004-職業災害勞工重建服務管理紀錄表」。
申請費用及上限
每案補助費用 4,000 元/案，申報次數上限 1 次。於重建服務結案後進行申請。
專業人員職責
職能復健個管師職責 <ol style="list-style-type: none"> 1. 整體檢視重建計畫，若各項重建服務結案並確認達到各項轉介目標，評估勞工之重建目標進行達成情形及後續追蹤。 2. 針對重返職場為目標之勞工，可由職業醫學科專科醫師進行評估，並撰寫相關評估報告或提供 P002-重建服務結案醫囑單，以證明勞工傷病狀況及功能已符合重返職場所需。 3. 追蹤重返職場穩定狀況，判斷勞工是否需要其他資源或轉介相關單位需求。若有，則視需求轉介相關單位或提供資源。 4. 追蹤勞工重返職場後之表現，必要時可透過職場評估確認勞工可穩定且安全地持續工作，若勞工表現達到預期目標，且 3 個月之內皆無提出其他需求，則可考慮結

案。

5. 向勞工及其雇主告知結案原因，需要時給予相關服務窗口聯絡方式，以便未來有相關需求時聯繫。

6. 結案時間點可能分散於服務流程之各階段，依不同結案狀況，建議可告知勞工相關之權利義務如下：

(1) 達成重建服務目標，且追蹤達 3 個月：

正常結案，告知勞工職災預防及重建中心或地方政府專業服務人員窗口聯絡方式，未來有其他職業災害重建困難可前往洽詢。

(2) 本機構無其他可提供協助之服務，且追蹤達 3 個月：

職能復健個管師依據勞工需求，協助轉介相關資源並結案。

(3) 職業災害勞工無繼續接受服務之意願：

職能復健個管師應告知勞工，認可職能復健機構之服務項目為中央主管機關提供之經費，每位職業災害勞工之單一職業災害事件僅有一次服務費用補助，因此結案後若有其他重建服務，則可能須自付費用。建議請勞工簽署「結案同意書」，以確認其相關權利義務。

(4) 職業災害勞工失聯：經電話聯繫職業災害勞工 1 週內 3 次未接者：

職能復健個管師應以簡訊、郵件或其他方式通知勞工若 1 個月內無回應則將予以結案，並同時附上以下資訊：職能復健專業機構之服務項目為中央主管機關提供之經費，每位職業災害勞工之單一職業災害事件僅有 1 次服務費用補助，因此結案後若有其他重建服務需求，則可能須自付費用。

(5) 全案移轉（因故轉院）：

勞工因個人因素需中止目前重建服務計畫，移轉至其他醫院進行職能復健服務時，職能復健個管師應告知勞工，依「職業災害勞工職能復健專業機構認可管理及補助辦法」第 19 條規定，單一職業災害事件補助之重建服務項目之次數或時數有其上限，移轉至其他認可職能復健機構後，未經中央主管機關同意，無法重複申報已提供之服務項目，故若需增加或延長已接受之服務項目，須改以自費醫療方式辦理。因此職能復健個管師需與勞工確認已接受

之服務項目與服務時數，並請勞工簽署「重建服務移轉同意書」，協助勞工轉介至另一認可職能復健機構，確認勞工已順利進入另一機構接受服務後，再將其重建服務計畫結案。

註：「重建服務移轉同意書」及「結案同意書」可詳見「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」/重建服務/下載專區/參考文件 2-4 及 2-5，取得相關文件範本，並可依機構內部規定調整其內容。

7. 填寫「職業災害勞工重建服務管理紀錄表」內之「重建服務計畫結案表」。

(五) 輔助設施補助流程說明

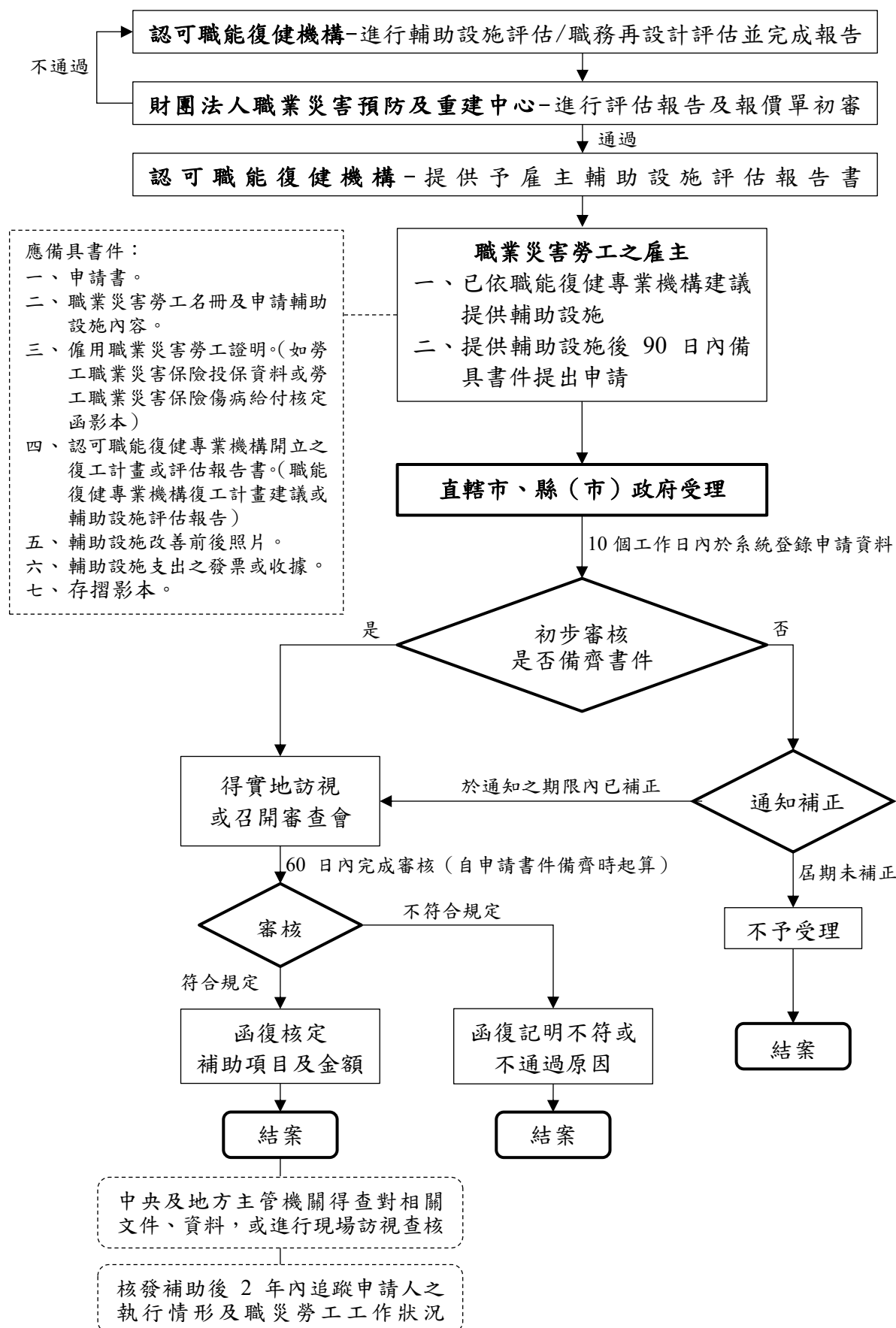
依據災保法第 67 條，為使職業災害勞工安置於適當工作，雇主應提供其從事工作必要之輔助設施，且得向地方主管機關申請補助。職業災害勞工可接受認可職能復健機構之輔助設施評估/職務再設計評估，雇主則依據評估建議購置輔助設施或配合執行職務再設計，並依法向地方主管機關申請補助，以下說明相關流程（詳見圖 2）及輔助設施補助費用審核作法：

1. 職業災害勞工之雇主為協助勞工重返職場時，有輔助設施購置或職務再設計服務需求，得向職安署認可之職能復健機構提出協助評估之申請，並配合職業災害勞工重建服務流程辦理。
2. 職業災害勞工於接受職災重建服務過程中，若專業人員認為其有輔助設施或職務再設計服務需求，應向勞雇雙方建議，且確認雙方有意願後再依據後續相關流程執行，避免完成服務後因雇主配合度問題，造成不必要之經費及時間成本浪費。
3. 承上，輔助設施購置建議或職務再設計服務，由認可職能復健機構之專業人員提供服務，前述相關人員應為符合本辦法第 4 條規範之職能治療師或物理治療師，且視勞工實際服務需求可偕同其他相關專業人員提供服務。
4. 輔助設施或職務再設計相關建議，應符合職業災害勞工重建服務流程規範，經職業醫學科專科醫師開立「P002-重建服務醫囑單」後，參考「E001-功能性能力評估」、「E002-目標職務工作分析（臨場）」等評估結果，並透過勞雇雙方及專業人員之討論協商結果，做為建議之判斷依據。
5. 申請輔助設施補助之事業單位，應以認可職能復健機構之輔助設施評估建議為主。因此若事業單位期待之改善作法或設施與認可職能復健機構提供之建議有出入時，應就費用合理性斟酌，或以相關建議作法對事業單位造成之困難狀況進行說明，與專業人員進行溝通；而認可職能復健機構應綜合考量勞工及事業單位之需求，並將相關考量因素撰寫於評估報告中。前述輔助設施評估報告/職務再設計評估報告應具治療師簽章。
6. 認可職能復健機構完成輔助設施評估報告/職務再設計評估建議報告後，應先行於評估完成後之 10 個工作日內登錄至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。
7. 職災預防及重建中心重建處針對輔助設施評估報告/職務再設計評估建議報告內容，進行合理性及可行性之考核，並於需要時主動與認可職能復健專業機構之專業人員

討論，或直接提供相關輔導或協助等。若報告內容之合理性與可行性不足時，職災預防及重建中心重建處應於「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」備註原因或建議，由認可職能復健機構再調整。職災預防及重建中心重建處於各階段之審查日數不超過 5 個工作日。

8. 輔助設施評估報告/職務再設計評估建議報告經職災預防及重建中心重建處初審通過後，再由認可職能復健機構提供給勞工及雇主，雇主即可依據建議報告內容進行購買或環境改造等措施。
9. 雇主完成輔助設施購置或環境改造後，依據「直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法」，得於提供輔助設施後 90 日內，備妥下列文件，向地方主管機關申請輔助設施補助：
 - (1) 申請書。
 - (2) 僱用職業災害勞工證明（如勞工職業災害保險投保資料或勞工職業災害保險傷病給付核定函影本）。
 - (3) 災保法第 66 條之認可職能復健專業機構開立之復工計畫或評估報告書。
 - (4) 實地訪視同意書。
 - (5) 輔助設施改善前後照片。
 - (6) 輔助設施支出之發票或收據證明。
 - (7) 未依身心障礙者權益保障法規定領取補助之聲明書。
 - (8) 其他經地方主管機關指定之文件。
10. 審查過程中地方主管機關認為有必要時，得自行或邀請認可職能復健專業機構之專業人員進行實地訪視，並得召開審查會議審議。
11. 其他相關補助規範，依照「直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法」第 3 條至第 7 條所訂規範辦理。

圖 2 輔助設施補助項目及費用審核流程



(六) 其他費用申請補助說明

1. A004：必要之交通/差旅費，應搭配 E002A、E003、E004、T004A 服務，視個案實際需求申報，並依國內出差旅費報支要點核實支付。
2. 通譯費：服務個案如為移工，有語言溝通上之困難，需通譯人員協助，可透過各地方政府 PAS 洽該地方政府外勞事務科之通譯協助，無需支付相關費用。如機構自行尋找通譯人員服務，參考地方政府辦理非營利組織陪同外國人接受詢問作業要點，第 7 點之通譯費用補助標準，日間通譯費用為每案次前 2 小時內補助 1,000 元，第 3 小時起，每 1 小時補助 500 元。通譯人員之交通費用，依該要點第 6 點之規定覈實補助。本項費用可依補助辦法第 19 條附表規定，以 A005 其他非表列項目，經中央主管機關審核通過後，併同 1 月底或 7 月底之服務成果提出費用申請。本項費用無上限規定。

(七) 重建服務線上申請項目

下列事項可於線上填寫申請單，敘明申請原因，由申請人及單位主管核章後，上傳至「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」提出申請，經中央主管機關審核通過後執行，併同 1 月底或 7 月底之服務成果提出費用申請。

1. 重複開案

- (1) 全案被他院移轉，申請已申報過之服務項目。
- (2) 第二次以上之非重複職災(含職業病)。
- (3) 其他：_____。

2. 延長服務次數

- (1) C002 (2) P002 (3) P003 (4) T004A；次數：_____次。

3. 延長服務時數

- (1) P001 (2) E006 (3) T002B (4) T003B；時數：_____小時。

4. 增加 T004B 金額，金額：_____元。

5. E003

6. E005，項目：_____。

7. 通譯費，金額：_____元。

8. 其他非表列項目：_____。

※以下表單內容將持續優化，最新版本請參考「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」。

附件一、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	<input type="checkbox"/> 未參加勞工職業災害保險之自營作業或雇主。 <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。 <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。) <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。
2. 職業災害勞工或疑似職業災害勞工	以下須擇一符合並上傳證明文件副本 <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。 <div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">上傳欄位</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 style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">上傳欄位</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。 <div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">上傳欄位</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。 <div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">上傳欄位</div>
3. 勞工來源	<input type="checkbox"/> 機構內通報轉介。 <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。
4. 篩檢時复工狀況	以下擇一符合即可 <input type="checkbox"/> 災後停工10日以上，且尚未重返職場(主訴)。 <input type="checkbox"/> 災後已复工但未達連續3個月，且非回復原職務者(主訴)。
5. 有意願接受篩檢及追蹤	<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。

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：☐保留原職務 ☐未保留原職務 ☐已離職 ☐不清楚 ☐其他，說明：

目前復工協議情況：_____

雇主協助復工作為：☐有，說明：_____ ☐無 ☐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

☐ 其他_____

八、資訊提供紀錄

晤談對象：

☐ 勞工本人

☐ 勞工重要關係人（請填寫關係/姓名）_____

☐ 雇主端聯絡人（請填寫職稱/姓名）_____

提供資訊：

☐ 職業災害重建服務計畫相關資源說明

☐ 職業災害勞工重建服務窗口聯絡方式：_____

☐ 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：_____ <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px; background-color: #f0f0f0;"></div>			

☐ 接案，預計時間：民國__年__月__日

☐ 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				

附件二、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	<input type="checkbox"/> 職業災害身分認定、職業災害相關給付申請狀況。 <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）。 <input type="checkbox"/> 復工目標未能確定。 <input type="checkbox"/> 醫療狀況未穩定且需要後續追蹤。 <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）。 <input type="checkbox"/> 資源轉介後續情形追蹤。
------	---

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	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
2	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
3	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
4	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
5	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤
6	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 終止追蹤

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：_____

附件三、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	<input type="checkbox"/> 未參加勞工職業災害保險之自營作業或雇主。 <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。 <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。) <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。
2. 職業災害勞工	以下擇一符合即可 <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 <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。 上傳欄位 <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)。 上傳欄位
3. 職業災害勞工來源	以下擇一符合即可，應上傳重建服務申請書。 <input type="checkbox"/> 主動提出職業災害重建服務申請之勞工或雇主。 上傳欄位 <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) 上傳欄位 <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) 上傳欄位 <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) 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	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3" style="height: 30px;">診斷</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 30px;"></td> </tr> </table>			診斷					
診斷									
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	_____（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） <input type="checkbox"/> 職業災害勞工目前拒絕/迴避討論相關議題								

勞工對於復工之期待	<div style="text-align: right;">(可簡</div> 述勞工對於復工進程之期待、復工之職務內容) <input type="checkbox"/> 職業災害勞工目前拒絕/迴避討論相關議題
-----------	---

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	<p>目前工作狀態</p> <p><input type="checkbox"/>已復工(原雇主);請填寫【目前工作內容】</p> <p><input type="checkbox"/>尚未復工(原雇主);原因說明:_____</p> <p><input type="checkbox"/>已再就業(非原雇主);請填寫【目前工作內容】</p> <p> 公司名稱(必填):_____</p> <p> 統一編號(非必填):_____</p> <p> 職稱:_____</p> <p><input type="checkbox"/>已離職,未就業</p> <p> 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:_____</p> <p> 離職狀態:(複選)</p> <p> <input type="checkbox"/>醫療/復健治療中</p> <p> <input type="checkbox"/>待業求職中</p> <p> <input type="checkbox"/>參加職訓</p> <p> <input type="checkbox"/>請領失業給付</p> <p> <input type="checkbox"/>暫無工作意願</p> <p> <input type="checkbox"/>已無工作能力</p> <p> <input type="checkbox"/>已退休</p> <p> <input type="checkbox"/>其他;說明:_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他;說明:_____</p> <p>【目前工作內容】</p> <p> 復工/再就業日期:民國____年____月____日</p> <p> 職務內容:</p> <p> <input type="checkbox"/>原職務;說明:_____</p> <p> <input type="checkbox"/>調整職務;說明:_____</p> <p> <input type="checkbox"/>其他;說明:_____</p> <p> 工作量/工時:<input type="checkbox"/>不變<input type="checkbox"/>增加<input type="checkbox"/>減少</p> <p> 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</p>

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"/> 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

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

☐ 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

☐ 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

☐ 總分大於或等於 4 分，職業災害勞工有職涯就業問題

☐ 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 (體耐力與負重) (請綜合抬舉、搬運、攀爬、彎腰、姿勢交換、行走)	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

之圈選結果圈選勞動等級)	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 (_____) <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			

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	目前身體是否有任何疼痛： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：_____ 請標示：左/右，等級為 0~10 分。 註：1.15. 關節及 1.16. 其他應於說明欄描述部位資訊。 <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.1 全身性疼痛，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.2 頭部，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.3 頸部，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.4 肩膀，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.5 胸部，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.6 腹部，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.7 背部，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.8 手臂，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.9 手部，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.10 臀部，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.11 鼠蹊部，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.12 大腿，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.13 小腿，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.14 足部，等級_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.15 關節，等級_____，請說明：_____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1.16 其他，等級_____，請說明：_____ </div> </div>

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	沒有疼痛	非常輕微疼痛	輕微疼痛	中度疼痛，開始限制我的能力		重度疼痛，嚴重影響或限制能力		非常嚴重的疼痛，完全限制能力			超乎想像的疼痛，需要急救

八、評估結果說明	
重建服務需求說明	<p>_____</p> <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	<p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> 再就業協助：_____（若職災勞工目標為再就業，可能需要再就業職務目標選擇、職業訓練、就業服務等需求）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p>
開案或轉介服務	<p><input type="checkbox"/> 勞工具重建服務需求，開案重建服務</p> <p><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：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 勞工之重建服務可透過提供諮詢解決，不需開案</p>

附件四、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	<div>診斷</div> <div></div>
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	_____ (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：_____ <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 _____ （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 _____ （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 _____ （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 _____ （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 _____ （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 _____ （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 _____ （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：

☐醫療追蹤

擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註
(新增)			

☐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)			

☐E001D 心理能力評估

擬訂日期	目標	醫囑開立日期	備註
(新增)			

☐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)			

☐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)			

☐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)				

☐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)				

☐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。

附件五、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：_____ 			
		<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____年	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 陪同服務	<input type="checkbox"/> 各項服務聯繫與追蹤 <input type="checkbox"/> 聯繫雇主	(請簡述本次服務結果及下	上傳欄位

	____月 ____日	<input type="checkbox"/> 其他	<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)	
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	<p>目前就業情形</p> <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 <input type="checkbox"/> 已退休

	<input type="checkbox"/> 其他；說明：_____ <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 原職務；說明：_____ <input type="checkbox"/> 調整職務；說明：_____ <input type="checkbox"/> 其他；說明：_____ 工作量/工時： <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 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"/> 與原薪資高									
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 border="1" data-bbox="344 860 1283 1008"> <thead> <tr> <th>時間</th><th>障礙類別</th><th>障礙等級</th></tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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	<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 <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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 未達失能等級 <input type="checkbox"/> 失能等級認定中									

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：_____			

附件六、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

上傳欄位

(依使用者需求上傳)

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切性。

依 E001 功能性能力評估申請規範，若要申請中度版以上之補助費用，須完整評估 E001 之附表一、生理功能評估，完整評估應完成★標註之評估項目)

*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

※請於評估前確認個案身體情形：

受測者若有下列任何一種情況的話，應先徵得醫師同意後，方可進行 FCE 評估。

- (1). 高血壓 (>140/90)。
- (2). 骨折傷處未完全癒合、軟組織損傷後未經手術修補與慢性發炎者。
- (3). 施測項目牽涉傷病部位之禁忌動作。
- (4). 有家族心臟病史。
- (5). 休息時心率不整者。
- (6). 休息時之心跳大於每分鐘 100 次。
- (7). 服用治療心臟病、高血壓、青光眼等病症之 β blocker。
- (8). 胰島素依賴型糖尿病患者。
- (9). 受測者若有下列任何一種情況的話，則當下不宜進行「E001-綜合功能性能力評估報告」之附表一、生理功能評估，建議改用「E004 工作模擬評估報告」或「E005-其他有必要之評估」。
- (10). 血壓高於 160/90。
- (11). 有心臟病史。(最近一個月內)

一、基本資料 (由需求評估表帶入)

*案主姓名		*性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女 <input type="checkbox"/> 3.其他
*出生日期	民國____年____月____日	*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（系統自動計算）			
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

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) (0~150)				
肩部伸直 (Shoulder ext) (0~50)				
(可自行新增欄位)				

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) 0-100	~	~	~	~
髖關節伸直 (Hip ext) 0-30				
(可自行新增欄位)				

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)
(可自行新增欄位)	~	~	~	~

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)				
(可自行新增欄位)				

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)				
(可自行新增欄位)				

其他	初評		結評	
	左側	右側	左側	右側
(可自行新增欄位)				

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²：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³：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)⁴：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

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 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)

⁴ 等級：1.很差 2.略差 3.中等 4.好 5.很好

無法完成者使用：實際運動秒數_____秒 實際登階階數_____階

心肺指數（或修正後心肺指數）⁵：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 半_____下

無法完成者使用：實際運動秒數_____秒 實際登階階數_____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		公尺	
上下樓梯（1分鐘）	階		階	
站姿手向前伸（3）	公分 （最大值）		公分 （最大值）	
走平衡木（折返一次）	秒		秒	
腳跟腳尖走直線	秒		秒	
睜眼單腳站立（30秒）— 右	秒 （最大值）		秒 （最大值）	
睜眼單腳站立（30秒）— 左	秒 （最大值）		秒 （最大值）	
閉眼單腳站立（30秒）— 右	秒 （最大值）		秒 （最大值）	
閉眼單腳站立（30秒）— 左	秒 （最大值）		秒 （最大值）	
上下工作梯（5次）	秒		秒	
移動及平衡能力與工作符合度敘述：				
初評：				
結評：				

（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

搬運與抬舉★	初評			結評		
項目	評分	職務 所需	備註	評分	職務 所需	備註
雙手搬運（折返 5 公尺）	公斤			公斤		
單手搬運	左手__公斤			左手__公斤		

⁵ 等級：1.很差 2.略差 3.中等 4.好 5.很好

	右手__公斤			右手__公斤		
單手或雙手搬運 (低於 5 公斤)	公斤			公斤		
站姿推重量車 (3 公尺) (可平順推移之重量)	公斤			公斤		
站姿拉重量車 (3 公尺) (可平順拉動之重量)	公斤			公斤		
雙手抬舉—地面至腰部 (層板地面→手指指根處)	公斤			公斤		
單手抬舉—地至腰	公斤			公斤		
單手或雙手抬舉 (低於 5 公斤)—地至腰	公斤			公斤		
雙手抬舉—腰部至胸部 (層板指根處→肩高下 3 格)	公斤			公斤		
單手抬舉—腰至胸	公斤			公斤		
單手或雙手抬舉 (低於 5 公斤)—腰至胸	公斤			公斤		
雙手抬舉—胸部至眼高 (層板肩高下 6 格→眼高)	公斤			公斤		
雙手抬舉 (低於 5 公斤)—胸至眼	公斤			公斤		
搬運抬舉能力與工作符合度敘述：						
初評：						
結評：						

慣用手：1. <input type="checkbox"/> 右手 2. <input type="checkbox"/> 左手 3. <input type="checkbox"/> 雙手 (如傷病後有改變慣用手，註明受傷前慣用手：1. <input type="checkbox"/> 右手 2. <input type="checkbox"/> 左手 3. <input type="checkbox"/> 雙手)				
手部力氣★	初評		結評	
項目	評分	備註	評分	備註 全
左手握力 (5)	公斤 (平均值)		公斤 (平均值)	
右手握力 (5)	公斤 (平均值)		公斤 (平均值)	
左手側握指力 (lateral pinch) (2)	公斤 (平均值)		公斤 (平均值)	
右手側握指力 (lateral pinch) (2)	公斤 (平均值)		公斤 (平均值)	

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)		秒 (總和)	
明尼蘇達操作測驗—雙手翻轉★	秒 (總和)		秒 (總和)	
明尼蘇達操作測驗—慣用手移置★	秒 (總和)		秒 (總和)	
明尼蘇達操作測驗—慣用手翻轉與置放★	秒 (總和)		秒 (總和)	
明尼蘇達操作測驗—雙手翻轉與置放★	秒 (總和)		秒 (總和)	
普度手功能測驗—右手 (3)★	個/30 秒 (平均值)		個/30 秒 (平均值)	
普度手功能測驗—左手 (3)★	個/30 秒 (平均值)		個/30 秒 (平均值)	
普度手功能測驗—雙手 (3)★	組/30 秒 (平均值)		組/30 秒 (平均值)	
普度手功能測驗—組合 (4)★	分/1 分 (平均值)		分/1 分 (平均值)	
手工具靈巧度測驗	秒		秒	
手部力氣及協調能力與工作符合度敘述： 初評： 結評：				

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		秒	
連續彎腰取物再站起★ (層板肩高下3格→地板)	秒		秒	
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： 初評： 結評：				

三、評估結果解釋⁶

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：_____

⁶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。）

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	<input type="checkbox"/> 晤談及觀察： （含評估結果摘要，建議列點陳述之） <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） <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）
綜合分析 與 介入建議	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） 介入建議： <input type="checkbox"/> 無須心理強化介入 <input type="checkbox"/> 建議心理強化介入 <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 <input type="checkbox"/> 職涯方向待釐清 <input type="checkbox"/> 需提升復工/就業心理準備度 <input type="checkbox"/> 需提升職場適應能力 <input type="checkbox"/> 其他：說明 <input type="checkbox"/> 建議轉介身心科

附件七、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	<input type="checkbox"/> 晤談及觀察： （含評估結果摘要，建議列點陳述之） <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） <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）
綜合分析 與 介入建議	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） 介入建議： <input type="checkbox"/> 無須心理強化介入 <input type="checkbox"/> 建議心理強化介入 <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 <input type="checkbox"/> 職涯方向待釐清 <input type="checkbox"/> 需提升復工/就業心理準備度 <input type="checkbox"/> 需提升職場適應能力 <input type="checkbox"/> 其他：說明 <input type="checkbox"/> 建議轉介身心科

附件八、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	<table border="1"> <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														
本次職業災害 診斷	<table border="1"> <tr> <td>診斷</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>					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：_____ <input checked="" type="checkbox"/> 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)	上傳欄位
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)

附件九、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 border="1"> <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> <div>上傳欄位</div> </div> (交通費單據)										
評估/服務目的	<div> <div></div> <div>(請列點敘述本次臨場評估目的)</div> </div>										
評估/服務內容	<div> <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> </div>										
結果及建議	<div> <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> </div>										

附件十、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：_____ 上傳欄位 （交通費單據） <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：_____ 上傳欄位 （交通費單據） <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：搬運大型音響）		（例如：1分鐘完成幾件）	（說明評估進行方式，例如工作環境、工具／設	上傳欄位	（簡述評估結果之觀察）	

			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)			
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

附件十一、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			上傳欄位
2							
(以下自行新增)							

附件十二、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 (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	<p>(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)</p>					
工作所需使用之儀器、機器、工具或安全保護設備	<p>(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)</p>					
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、行走之圖選結果圖選勞動等級)	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 (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	(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）

附件十三、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	<table border="1"> <tr> <th>序號</th> <th>服務日期</th> <th>勞工是否到院</th> </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	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		
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					
<p>本次職業災害診斷</p> <table border="1"> <tr> <td>診斷</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>				診斷	
診斷					
<p>針對目標職務之復工建議，本建議報告之有效性至</p>	<p>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）</p>	<p>填寫日期</p>	<p>民國____年____月____日</p>		
<p><input type="checkbox"/>原職務，全時復工</p> <p><input type="checkbox"/>職務調整，說明：</p> <p><input type="checkbox"/>調整工作場所</p> <p><input type="checkbox"/>更換工作內容</p> <p><input type="checkbox"/>調整工作時間</p> <p><input type="checkbox"/>漸進式復工</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>若無法配合上述職務調整建議，建議先行停工</p> <p><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：職業傷病個案管理師、職能復健專業機構治療師）追蹤復工能力狀況</p>					

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
<p>（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。</p> <p>職業醫學科專科醫師簽名：_____ 簽署日期：_____</p>

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）

附件十四、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	<table border="1"> <tr> <td>診斷</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>					診斷	
診斷							

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			

附件十五、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	<div>診斷</div> <div></div>				
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

附件十六、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	<table border="1"> <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)		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	<table border="1"> <tr> <td>診斷</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>					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：_____ <div>上傳欄位</div>
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)	<input type="checkbox"/> 能力提升，符合目標職務需求 <input type="checkbox"/> 能力提升，未完全符合目標職務需求 <input type="checkbox"/> 目標改變，能力可勝任新目標職務；說明：_____ <input type="checkbox"/> 目標改變，能力無法勝任新目標職務；說明：_____ <input type="checkbox"/> 經訓練後能力無提升；後續建議：_____ <input type="checkbox"/> 其他；說明：_____
生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	
職務內容建議	_____ (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	_____ (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)

附件十七、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			
訓練計畫	_____ (依據介入目標、介入期程及心理評估結果，擬訂介入計畫，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。)		

附件十八、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		

附件十九、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 border="1"> <tr> <td>序號</td> <td>結評日期</td> <td colspan="5">勞工是否到院</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>新增</td> <td></td> <td colspan="5"></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																					
	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、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	_____ 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 border="1"> <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
--

附件二十一、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	<div>診斷</div> <div></div>																										
工作職稱/職務內容描述	<div></div> <p>(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)</p>																										
職務再設計改善項目及金額																											
<table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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																											
<p>改善前之說明：_____</p> <p>(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。)</p> <p>上傳欄位</p> <p>改善後之說明：_____</p> <p>(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。)</p> <p>上傳欄位</p> <p><input type="checkbox"/>改善後情形與建議報告相符</p> <p><input type="checkbox"/>改善後情形與建議報告不相符</p>																											
系統可增加附件資料(上傳支出單據，例如：發票、收據)																											
<p>附件資料</p> <p>上傳欄位</p>																											

附件二十二、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	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		
	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 border="1"> <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	

一、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
