

附表一、作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

一、作業場所基本資料
部門名稱： 作業型態： <input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他：
二、作業場所危害類型
危害特性評估概況：(可參考附錄一、二參考例) <input type="checkbox"/> 物理性危害： <input type="checkbox"/> 化學性危害： <input type="checkbox"/> 生物性危害： <input type="checkbox"/> 人因性危害： <input type="checkbox"/> 工作壓力/職場暴力： <input type="checkbox"/> 其他：
三、風險等級
<input type="checkbox"/> 無(非屬女性勞工母性健康保護實施辦法第3條至第5條適用範圍) <input type="checkbox"/> 第一級管理 <input type="checkbox"/> 第二級管理 <input type="checkbox"/> 第三級管理
四、改善及管理措施
1.工程控制 <input type="checkbox"/> 製程改善，請敘明： <input type="checkbox"/> 設置通風換氣設備，請敘明： <input type="checkbox"/> 其他，請敘明： <input type="checkbox"/> 暫無改善建議 2.行政管理 <input type="checkbox"/> 工時調整，請敘明： <input type="checkbox"/> 職務或工作調整，請敘明： <input type="checkbox"/> 其他，請敘明： <input type="checkbox"/> 暫無管理措施建議 3.使用防護具，請敘明： 4.其他採行措施，請敘明：
五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽名）
<input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽名_____
<input type="checkbox"/> 勞工健康服務醫師，簽名_____
<input type="checkbox"/> 勞工健康服務護理人員，簽名_____
<input type="checkbox"/> 人力資源管理人員，簽名_____

其他，部門名稱_____，職稱_____，簽名_____

執行日期：__年__月__日

備註:本表由職業安全衛生人員主責辦理，勞工健康服務醫護人員提供相關建議。