

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： | | |
| <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"/> 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：_____ | | |
| 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：_____ | | |
| 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_____ | | |
| <input type="checkbox"/> 其他，部門名稱_____，職稱_____，簽名_____ | | |
| 執行日期：___年___月___日 | | |