

勞動部辦理職業災害勞工職能復健專業機構之認可補助及監督管理作業要點

一、勞動部（以下簡稱本部）為辦理職業災害勞工職能復健專業機構認可管理及補助辦法（以下簡稱本辦法）有關職業災害勞工職能復健專業機構之認可、補助及監督管理等事項，特訂定本要點。

二、本要點之執行機關為本部職業安全衛生署（以下簡稱職安署）。

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

（一）申請書（如附件一）。

（二）服務計畫書（如附件二）。

（三）醫療機構開業執照影本。

（四）開設職業醫學科門診證明影本。

（五）專業人員名冊及資歷證明文件影本。

（六）評估工具及設備設置證明影本。

（七）場地空間規劃圖（含平面圖及空間使用規劃）影本。

前項應備書件，應備齊一式十八份，依序裝訂，並以光碟交付或電子郵件傳送等方式提出服務計畫書電子檔（內容以 word 檔或 odt 檔格式製作，加註目錄及頁碼）。

四、審核認可申請案之程序如下：

（一）書面審查：職安署受理申請案件後，應先就醫療機構之資格、人員資歷、工具設備及場地空間規劃等進行書面審查，不符規定者，不予受理；申請書件未備齊者，經職安署通知限期補正，屆期未補正者，不予受理。

（二）實地審查：職安署得就醫療機構之人員、空間及設備設置情形，進行實地審查。

（三）審議：職安署依前二款審查結果，提出審查意見，送本部依本辦法第七條組成之職能復健專業機構認可審議小組（以下簡稱審議小組）審議。但未實施實地審查者，得以書面審查意見送審議小組審議。

職安署辦理前項作業時，得請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）提供協助。

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

（一）開辦費及訓練評估工具購置費：首次經認可之職能復健專業機構，應檢具領據（如附件三），於認可有效期間起始日起十五日內送達職安署；郵寄者，以原寄郵局郵戳為憑。

（二）服務費用：

1. 認可職能復健專業機構，應於完成各項服務項目之日起十個工作日內，於職業災害勞工服務資訊整合管理系統內，登錄申報服務內容並填具各項表單（如附件四至附件二十二）。

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

（1）篩檢、評估、工作分析、重建服務及工作能力強化訓練等內容，與申報項目或其規定不符。

（2）非必要之篩檢、工作分析、評估、重建或工作能力強化訓練等服務。

（3）服務項目與評估結果不符、服務項目次數或時數過多等不適當情形。

（4）紀錄記載不完整，致無法支持其診斷、醫囑、重建服務需求、工作能力強化訓練及服務內容。

（5）工作能力強化訓練時程及內容，與診斷、醫囑及重建服務需求不符或重複。

（6）重建服務內容與診斷、醫囑及重建服務需求不符或重複。

（7）其他違反相關法令，或職能復健服務品質不符專業認定。

3. 認可職能復健專業機構應於每年一月底及七月底前，就前六個月之服務成果，檢附申報之服務項目清單及相關支出單據影本（如附件二十三），向職安署申請補助，於本部核定通知函送達之日起十五日內，檢附領據請款。

4. 首次經認可之職能復健專業機構於次年度七月底申報之服務

成果，經核定補助金額逾開辦費金額者，依超過部分補助。於認可後第一年度，未達本辦法第十八條第一項規定之基本服務量者，其開辦費依其服務內容，扣抵服務補助費用，訓練評估工具購置費僅按服務比率補助。

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

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

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

六、本部對認可職能復健專業機構就下列項目實施查核時，得請職災預防及重建中心協助辦理：

- (一) 本辦法第三條至第五條之認可條件及人員資格。
- (二) 本辦法第十三條應辦理事項之執行情形。
- (三) 其他服務計畫書所載事項之執行成果。
- (四) 本要點所列各項支用單據及相關紀錄。

前項查核得以現場或書面方式為之。

查核人員進入現場查核時，應主動出示書面通知及相關證明文件。

七、醫療機構就同一服務項目向二個以上機關提出申請補助者，應另列明全部經費內容，及向各機關申請補助之項目及金額。有隱匿不實或造假情事，除撤銷該服務項目補助外，並收回已撥付款項。

八、認可職能復健專業機構執行補助款項時，應取得合法之支用單據，並依相關規定妥善保存。

九、認可職能復健專業機構有本辦法第二十二條第一項所定情形之一者，

本部得依同條第二項規定，撤銷或廢止其認可，列為二年內不得再申請認可之醫療機構，並依本辦法第二十四條規定，撤銷或廢止補助之全部或一部，以書面行政處分令其限期返還。

十、認可職能復健專業機構對各類報酬，應依稅法相關規定辦理扣繳。

認可職能復健專業機構受補助經費中涉及採購事項者，應依政府採購法等相關規定辦理。

十一、認可職能復健專業機構之各項支用單據，未依規定妥善保存，致有毀損、滅失等情事，應依情節輕重對該受補助醫療機構酌減嗣後補助款或停止補助二年。

十二、認可職能復健專業機構於經費結報時，應詳列支出用途及全部實支經費總額，同一服務項目由二個以上機關補助者，應另列明各機關實際補助金額。

受補助經費產生之利息，無需繳回。

十三、認可職能復健專業機構申請補助款項時，應本誠信原則對所提出資料內容之真實性負責，有不實者，應負相關責任。

附件一

職業災害勞工職能復健專業機構認可申請書

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

附件二

職業災害勞工職能復健服務機構服務計畫書撰寫參考格式

壹、計畫書封面：

一、計畫名稱：XX醫院申請認可職能復健專業機構服務計畫書

二、醫療機構名稱：XX醫院

三、計畫執行期間：中華民國 年 月 日至 年 月 日

貳、目錄：

參、計畫內容應包含下列要項：

一、計畫摘要

概述計畫整體執行內容。

二、計畫目的：

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

三、計畫目標：

依醫院之實際服務量能撰寫。每一年度基本服務量為：

(一)協助職業災害勞工進行個案管理，至少 50 件。

(二)協助職業災害勞工生理心理強化訓練，至少 10 件。

四、服務流程：

依職業災害勞工重建服務流程圖(如附圖)說明醫院之服務流程。

(一)醫療資源之分工及整合：(說明如何強化醫院內部流程安排及聯繫)

(二)如何建立院內/院外之跨科別或跨單位合作機制：(說明醫院實際整合狀況)

(三)個案管理服務流程：(說明進行個案管理工作之具體作法)

(四)服務品質控管作法：(院內職業災害勞工重建服務項目品質控管之作法)

五、機構資格及條件：

醫療機構符合申請資格之說明，並提供證明文件。

六、人員配置及資歷：

人員配置符合資格之說明，並提供醫事人員證書、執業證明等文件。

七、評估工具及設備：

說明預定執行各項服務之評估工具及設備規劃。依附件二之一之選項提供證明文件。

八、場地空間規劃：

說明預定執行各項服務之空間規劃及平面圖，平面圖中應呈現評估工具及設備之配置規劃，明確標示職能復健服務執行區域；平面圖亦應呈現職能復健服務區域間為同一層樓且具連貫通道，相關通道需暢通安全。前述場地空間如涉醫院總樓地板面積擴充，應依醫院設立或擴充許可辦法相關規定辦理。

九、文件管制程序：

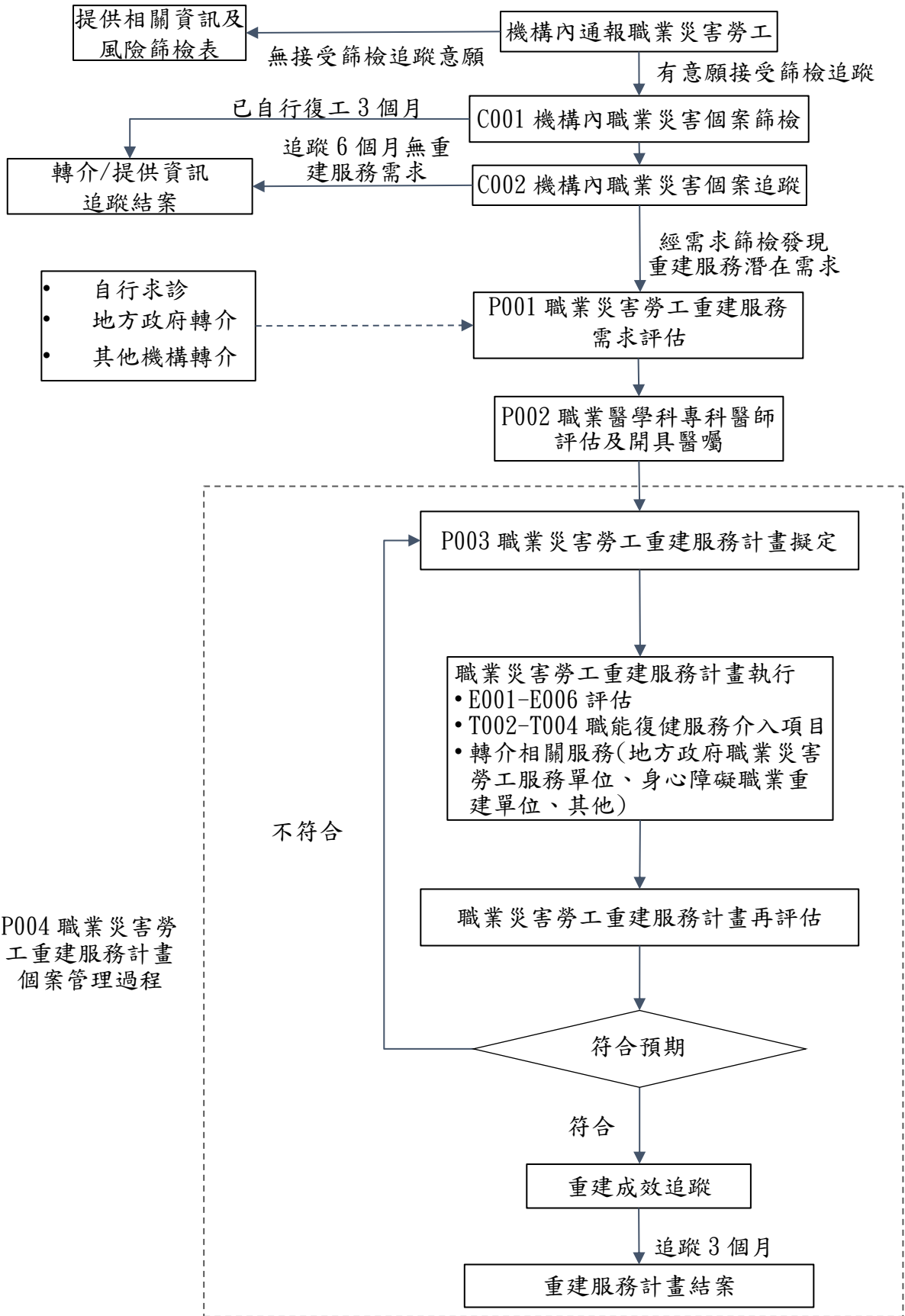
應依規定訂定文件管制程序，規範評估報告書及服務紀錄等相關文件之建檔及保存，保存期限至少 7 年。應敘明保存方法、步驟、保管人員、保存處所及如何防免文件毀損滅失之方式。

十、附錄：

如有必要提供時。

(計畫內容撰寫規範：A4 紙張，直式橫書，標楷體 14 號字型)

附圖-職業災害勞工重建服務流程圖



附件二之一

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

表 1-綜合功能性能力評估工具清單

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

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

	尺寸：寬 42 公分*長 60 公分 1 座	
13	踏步階梯 規格：共 3 座，含止滑墊(高 8 公分， 20 公分及 35 公分)	

表 2-職業災害勞工重建訓練評估工具購置清單

項次	產品名稱/規格	評估/訓練功能說明	報價資料	產品圖片/型錄

附件三

領 據

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

此致

勞動部

醫療機構名稱(全銜)：

(印信)

統一編號：

代表人：

會計：

(簽章)

出納：

(簽章)

地址：

電話：

匯款戶名：

銀行帳號：

中 華 民 國 年 月 日

附件四

C001-職業災害勞工重建服務需求篩檢表

晤談人員：_____

篩檢晤談日期：民國__年__月__日

<p>服務對象規範 (請確認後再開始 篩檢晤談)</p>	<p>佐證資料</p>
<p>1. 職業災害勞工 或疑似職業災 害勞工</p>	<p>以下須擇一符合並上傳證明文件副本</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>具有勞工職業災害保險職業傷病門診單或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業者。 上傳欄位</p> <p><input type="checkbox"/>可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(如勞動部勞工保險局行動服務 APP 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業者。 上傳欄位</p> <p><input type="checkbox"/>職業災害預防及重建中心、地方政府(如職業災害勞資爭議調解紀錄、勞動檢查調查紀錄等)職業災害服務單位轉介。 上傳欄位</p> <p><input type="checkbox"/>醫師開立之醫囑單中，明確註有「疑似職業傷病」之字句之受僱勞工。 上傳欄位</p>
<p>2. 勞工來源</p>	<p><input type="checkbox"/>機構內通報轉介。</p> <p><input type="checkbox"/>經「職業災害勞工服務資訊整合管理系統」轉介者。</p>
<p>3. 篩檢時復工狀況</p>	<p>以下擇一符合即可</p> <p><input type="checkbox"/>災後停工 10 日以上，且尚未重返職場(主訴)。</p> <p><input type="checkbox"/>災後已復工未達 3 個月，且非回復原職務者(主訴)。</p>
<p>4. 有意願接受篩檢及追蹤</p>	<p><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。</p>
<p>5. 其他不可收案狀況</p>	<p><input type="checkbox"/>未參加勞工職業災害保險之自營作業業者或雇主。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>無重返職場意願或潛能者。</p>

一	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
---	----	--	----	---

一、職業災害勞工基本資料	身分證號 (居留證或 護照號碼)		出生年月日	民國____年____月____日
	勞工聯絡電話	(市話或手機皆可)	勞工聯絡地址	
	轉介來源	<input type="checkbox"/> 機構內轉介，單位：_____ <input type="checkbox"/> 資訊系統轉介，單位：_____	轉介者/ 主要聯絡人聯絡 電話	
	職業災害時職稱		主要工作內容	
二、職業災害發生情形	職傷發生時間/職業病診斷日期：民國____年____月____日			
	傷病類別： <input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 不確定			
	職業災害地點： <input type="checkbox"/> 工作場所 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 公差途中 <input type="checkbox"/> 其他就業場所			
職業災害發生經過：(依職業災害勞工主訴、相關紀錄、雇主描述填寫，簡述職業災害事件時間軸及經過，如：發生時間、地點及送醫過程) _____				
傷病情況：(依職業災害勞工或聯絡人主訴、相關紀錄填寫受傷部位及當下部位傷病情形) _____				
三、職業災害時工作情形	雇主是否保留原職務： <input type="checkbox"/> 保留原職務 <input type="checkbox"/> 未保留原職務 <input type="checkbox"/> 已離職 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 其他 目前復工協議情況：_____			
雇主協助復工作為： <input type="checkbox"/> 有，如：_____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不清楚				
四、醫療情況	本次職業災害診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)			

	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>目前已/正接受之醫療處置</p> <p><input type="checkbox"/>手術治療，醫療單位/科別_____治療說明_____</p> <p>治療後現況及醫師建議：</p> <p><input type="checkbox"/>門診治療，醫療單位/科別_____治療說明_____</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/>復健醫療，醫療單位/科別_____</p> <p>復健治療內容與主要目標：(復健期間(如某年某月某日至某年某月某日)、頻率、是否需要照顧者協助)</p> <p><input type="checkbox"/>無法填答，說明_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他_____</p>
<p>五、職業災害勞工主訴工作能力</p>	<p><input type="checkbox"/>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)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>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)</p> <p>_____</p> <p>主訴無法從事原工作原因：</p> <p><input type="checkbox"/>動作能力受到限制：_____ (如手無法舉高過頭、無法負重5公斤)</p> <p><input type="checkbox"/>疼痛問題：_____</p> <p><input type="checkbox"/>耐力不佳：_____ (如易喘、易無力)</p> <p><input type="checkbox"/>心理及適應問題_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他_____</p>
<p>六、職業災害勞工目前工作狀態</p>	<p><input type="checkbox"/>已復工(原雇主)：復工日期：民國__年__月__日</p> <p>復工狀態說明：<input type="checkbox"/>原職務 <input type="checkbox"/>調整職務 <input type="checkbox"/>兼職性質</p> <p>受僱單位：_____ 受僱單位統一編號：_____ 雇主端窗口聯繫電話：_____</p> <p><input type="checkbox"/>已再就業(非原雇主)：再就業日期：民國__年__月__日</p> <p>再就業說明：</p> <p>職務名稱：</p> <p>工作內容：</p> <p><input type="checkbox"/>未復工：</p> <p>未復工原因：<input type="checkbox"/>職業災害勞工期待仍有醫療進展 <input type="checkbox"/>自覺工作能力尚未恢復 <input type="checkbox"/>與雇主尚未能達成調整職務協議 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p><input type="checkbox"/>已離職且未重返職場：</p>

離職原因：

再就業需求：有再就業意願 暫無再就業意願

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或職業災害相關給付、補償需求。

其他社會福利資源協助需求。

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。

後續服務規劃：

勞工有意願接受重建服務，立即開案。

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。

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：

「職業災害勞工重建服務需求自評表」表單連結

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：_____		
	上傳欄位		

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			

附件五

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 (系統帶入)	民國__年__月__日
篩檢機構		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"/> 職業災害相關給付申請狀況。 <input type="checkbox"/> 其他資源協助需求。 <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。 <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
2	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日
3	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日
4	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日
5	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日
6	民國__年__月__日	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面訪			民國__年__月__日

	以下自行 新增				
--	------------	--	--	--	--

三、終止追蹤時狀況

1. 終止追蹤原因：

- 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。
- 追蹤 6 個月無職業災害重建服務需求。

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：
 - 地方政府專業服務人員
 - 其他：_____

附件六

P001-職業災害勞工重建服務需求評估表

服務對象規範 (請確認後再開始需求評估)	佐證資料
1. 職業災害勞工或疑似職業災害勞工	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業者。 上傳欄位 <input type="checkbox"/> 提出職業災害醫療給付或傷病給付或職業災害失能給付申請證明(如勞動部勞工保險局行動服務 APP 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業者。 上傳欄位 <input type="checkbox"/> 職業災害預防及重建中心、地方政府(如職業災害勞資爭議調解紀錄、勞動檢查調查紀錄)等職業災害服務單位轉介。
2. 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) 上傳欄位 <input type="checkbox"/> 由職業災害預防及重建中心轉介之個案。(系統勾選) <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)
3. 其他不可收案狀況	<input type="checkbox"/> 未參加職業災害保險之自營作業業者或雇主。 <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。

評估單位		評估日期	民國____年____月____日
評估人員		申請時數	(請填寫需求評估使用時數，上限5小時)

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)	_____ (若非本國人，請填寫護照號碼/居留證號碼) <input type="checkbox"/> 待確認		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 (系統計算-以評估年減去出生年)	
特殊身分註記	<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 移工 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
連絡電話	家：_____ 公：_____ 手機：_____				
通訊地址	_____ 郵遞區號 _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____				
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上 _____ 郵遞區號 _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____				
電子郵件					
主要連絡人		關係		連絡電話	
次要連絡人 (可能的其他支持者)		關係		連絡電話	
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				
職傷發生/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"> <tr> <td>診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)		
診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)				

	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		
傷病類別	<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	(填寫雇主姓名或公司名稱)		
雇主端主要聯絡人	主要聯絡人： 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	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	(可簡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

目前就業狀況	<input type="checkbox"/> 待確認 <input type="checkbox"/> 公傷病假當中 <input type="checkbox"/> 尚未復工，原因 <input type="checkbox"/> 已就業											
	<table border="1"> <tr> <td>就業狀況</td> <td><input type="checkbox"/>已重返原職場 <input type="checkbox"/>再就業</td> </tr> <tr> <td>任職職務</td> <td><input type="checkbox"/>原職務 <input type="checkbox"/>新職務</td> </tr> <tr> <td>工作量 / 工時</td> <td><input type="checkbox"/>不變 <input type="checkbox"/>增加 <input type="checkbox"/>減少</td> </tr> <tr> <td>薪資狀況</td> <td><input type="checkbox"/>較原薪資低 <input type="checkbox"/>與原薪資同 <input type="checkbox"/>較原薪資高</td> </tr> <tr> <td>就業日期</td> <td>民國____年____月____日</td> </tr> <tr> <td>公司名稱</td> <td></td> </tr> </table>	就業狀況	<input type="checkbox"/> 已重返原職場 <input type="checkbox"/> 再就業	任職職務	<input type="checkbox"/> 原職務 <input type="checkbox"/> 新職務	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"/> 較原薪資高	就業日期	民國____年____月____日	公司名稱
就業狀況	<input type="checkbox"/> 已重返原職場 <input type="checkbox"/> 再就業											
任職職務	<input type="checkbox"/> 原職務 <input type="checkbox"/> 新職務											
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"/> 較原薪資高											
就業日期	民國____年____月____日											
公司名稱												
	<input type="checkbox"/> 未就業											
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="6">離職狀態</td> <td><input type="checkbox"/>自願離職 <input type="checkbox"/>非自願離職</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>職訓中</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>待業求職中</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>暫無工作意願</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>已無工作能力</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>其他_____ (如：傷病未癒)</td> </tr> </table>	離職狀態	<input type="checkbox"/> 自願離職 <input type="checkbox"/> 非自願離職	<input type="checkbox"/> 職訓中	<input type="checkbox"/> 待業求職中	<input type="checkbox"/> 暫無工作意願	<input type="checkbox"/> 已無工作能力	<input type="checkbox"/> 其他_____ (如：傷病未癒)				
離職狀態	<input type="checkbox"/> 自願離職 <input type="checkbox"/> 非自願離職											
	<input type="checkbox"/> 職訓中											
	<input type="checkbox"/> 待業求職中											
	<input type="checkbox"/> 暫無工作意願											
	<input type="checkbox"/> 已無工作能力											
	<input type="checkbox"/> 其他_____ (如：傷病未癒)											
	<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 <input type="checkbox"/> 職業災害前 <input type="checkbox"/> 職業災害後					
	<table border="1"> <tr> <th>時間</th> <th>障礙類別</th> <th>障礙等級</th> </tr> <tr> <td>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> </table>	時間	障礙類別	障礙等級	職業災害前	
時間	障礙類別	障礙等級				
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				

	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：_____
-------------	---

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，(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

無(跳至第五部分繼續詢問)

有(接續詢問下方補助端欄位)

不清楚

補助端

是否獲得雇主補償	(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。)
	<input type="checkbox"/> 有，金額_____ <input type="checkbox"/> 無
	補充說明：

獲得相關職業災害給付、補助、慰問金及其他費用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 有 <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：_____

		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
	<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
	補充說明	

<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 BPRS-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(由職業災害勞工自填)

回答狀況 晤談過程中職業災害勞工提出之心理情緒及觀察敘述：
其他選用評估之結果：

請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

項次	問題	完全沒有	輕微	中等程度	符合	非常符合
1	睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2	感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3	覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4	感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4

5	覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6	有自殺的想法	0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 總分大於或等於 6 分或自殺題大於或等於 2 分，職業災害勞工有心理健康問題 <input type="checkbox"/> 依其他評估、職業災害勞工自述或觀察，職業災害勞工有心理健康問題 說明：						
(二)職涯與就業問題調查(由職業災害勞工自填)						
回答狀況		晤談過程中職業災害勞工提出之職涯就業困難： 其他補充評估之結果：				
請您仔細回想在最近 1 個月內，請問您發生職業災害事件迄今，是否有以下狀況出現？						
項次	問題	完全沒有	偶爾如此	有時如此	經常如此	總是如此
1	我擔心不能適應原公司的職務	0	1	2	3	4
2	我對於無法順利返回原職場感到煩惱	0	1	2	3	4
3	我需要提供工作尋找技巧的協助	0	1	2	3	4
4	我擔心適應新的就業環境	0	1	2	3	4
5	我對於未來工作感到茫然	0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 總分大於或等於 4 分，職業災害勞工有職涯就業問題 <input type="checkbox"/> 依其他評估、職業災害勞工自述或觀察，職業災害勞工有職涯就業問題 說明：						

六、工作史暨職業技能

(一)工作史：為提供未來復工或再就業職務調整時參考，請描述最近五年曾經從事過的工作與職務，由最近之工作開始填寫（包含本次傷病時的工作）。

公司名稱	工作內容	起迄時間 (年/月)	工作型態	備註
1.			<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他	
2.			<input type="checkbox"/> 1. 全時 <input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他	
3.			<input type="checkbox"/> 1. 全時	

			<input type="checkbox"/> 2. 部分工時 <input type="checkbox"/> 3. 臨時工 <input type="checkbox"/> 4. 其他	
--	--	--	---	--

(二)職業傷病時的工作狀況						
工作內容	(請敘述工作名稱及工作內容，例如：搬運紙張、駕駛堆高機，操作推車將紙張運輸至機台處。工作內容請列點敘述，並且依重要性、所佔時間比例或工作順序依序撰寫)					
工作所需使用之儀器、機器、工具或安全保護設備	(請簡述所需使用儀器、機器、工具、安全保護設備之名稱，並且分類列點撰寫，以了解傷病時工作所需要的操作與認知功能及工作技巧)					
工作所需勞動體力(體耐力與負重) (請綜合抬舉、搬運、攀爬、彎腰、姿勢交換、行走之圈選結果圈選勞動等級)	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"/> 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_____		
技能檢定	<input type="checkbox"/> 1. _____工_____級合格 <input type="checkbox"/> 2. _____工_____級合格 <input type="checkbox"/> 3. _____工_____級合格		<input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 適用 (_____)
職業訓練	名稱	內容	起訖時間
	1.		民國__年__月至 民國__年__月
	2.		民國__年__月至 民國__年__月
	3.		民國__年__月至 民國__年__月
			<input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 適用 (_____)

七、醫療處置狀況	
診斷	此次職業災害主要診斷：_____ (由本表單前一相同欄位帶入)
醫療處置	<input type="checkbox"/> 住院治療中，醫院名稱：_____，科/病房號：_____ <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，中止時間： <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： 建議評估工具： <input type="checkbox"/> 上肢功能受損程度問卷-簡短版(Quick DASH) 評估結果： <input type="checkbox"/> 歐氏失能量表(The Oswestry Disability Index) 2.0 版 評估結果： 請標示：左/右，等級為 0~10 分。 <input type="checkbox"/> 全身性疼痛，等級_____ <input type="checkbox"/> 頭部，等級_____ <input type="checkbox"/> 頸部，等級_____ <input type="checkbox"/> 肩膀，等級_____ <input type="checkbox"/> 胸部，等級_____ <input type="checkbox"/> 腹部，等級_____ <input type="checkbox"/> 背部，等級_____ <input type="checkbox"/> 手臂，等級_____ <input type="checkbox"/> 手部，等級_____ <input type="checkbox"/> 臀部，等級_____ <input type="checkbox"/> 鼠蹊部，等級_____ <input type="checkbox"/> 大腿，等級_____ <input type="checkbox"/> 小腿，等級_____ <input type="checkbox"/> 足部，等級_____ <input type="checkbox"/> 關節，等級_____，請說明_____ <input type="checkbox"/> 其他，等級_____，請說明_____

	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	(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)
服務需求項目及目標	<input type="checkbox"/> 重返原職場：(若職業災害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) <input type="checkbox"/> 再就業協助：(若職業災害勞工目標為再就業，可能需要再就業職務目標選擇、職業訓練、就業服務等需求) <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) <hr/> <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再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) <hr/> <input type="checkbox"/> 心理工作能力強化訓練(職業災害勞工可能因腦心智功能、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)

	<p>_____</p> <p><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)</p> <p>_____</p> <p><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)</p> <p>_____</p> <p><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)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 其他(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)</p> <p>_____</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(單位名稱)_____</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>

附件七

P002-門診醫囑單

P003-職業災害勞工重建服務計畫擬定表

服務人員_____

醫囑開立時間	職業醫學科專科醫師醫囑 P002	申請 P002 費用
民國____年____月____日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
民國____年____月____日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
民國____年____月____日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
民國____年____月____日	(上傳欄位)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

一、勞工資料(可由需求評估表帶入)					
職業災害勞工姓名：					
居住地：	戶籍地：				
連絡電話：					
出生日期：民國____年____月____日					
職傷發生/職業病確診時間：民國____年____月____日					
本次職業災害診斷：					
<table border="1"> <tr> <td>診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)			
診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)					
受傷前職務名稱：					
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)					
災後重建阻礙敘述：					

(例如因疼痛問題無法負擔原職務內容)

二、重建服務計畫擬定(請參考職業災害勞工重建服務需求評估表第八部分及職業醫學科專科醫師醫囑修改)	
重建服務目標	<input type="checkbox"/> 重建目標 <input type="checkbox"/> 重返原職場：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 再就業協助：_____
服務項目及目的	<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(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) _____
計畫策略 (依職業醫學科專科醫師開立之醫囑項目撰寫)	評估： <input type="checkbox"/> E001 功能性能力評估 目標： <input type="checkbox"/> E002A 目標職務工作分析(臨場) 目標：

E002B 目標職務工作分析（非臨場）

目標：

E003 臨場評估(須先向職安署完成報備程序)

目標：

醫囑開立日期	使用次數預估

E004 工作模擬評估

目標：

醫囑開立日期	使用次數預估

E005 其他有必要之評估：_____

目標：

醫囑開立日期	使用次數預估

E006 職業輔導評量

目標：

醫囑開立日期	使用時數預估

介入：

T001 復工計畫建議報告

目標：

T002 生理工作能力強化訓練

訓練目標：

醫囑開立日期	使用時數預估

T003 心理工作能力強化訓練

訓練目標：

醫囑開立日期	使用時數預估

T004A 輔助設施評估/職務再設計服務

目標：

T004B 小額職務再設計

目標：

	<input type="checkbox"/> T004C 輔具評估 目標： 轉介： <input type="checkbox"/> 地方政府職業災害專業服務人員 目標： <input type="checkbox"/> 身心障礙者職業重建服務單位 目標： <input type="checkbox"/> 其他：_____ 目標：
--	--

轉介重建服務單位資料： <input type="checkbox"/> 職能復健服務： 服務單位_____主責人員_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 職業輔導評量： 服務單位_____主責人員_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 其他地方政府相關服務： 職業災害專業服務人員：_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 職業訓練服務： 服務單位_____主責人員_____連絡電話： <input type="checkbox"/> 就業服務： 服務單位_____主責人員_____連絡電話： <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_____連絡電話： 其他：(如交通工具改造、特殊設施訓練等需求) <input type="checkbox"/> 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。

職業醫學科專科醫師簽名：

日期：

附件八

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(由職業災害勞工重建服務計畫擬定表之重建服務計畫擬定欄位帶入)	<p>重建目標： <input type="checkbox"/>重返原職場：_____ <input type="checkbox"/>其他： <input type="checkbox"/>再就業協助：_____</p> <p>服務項目及內容： <input type="checkbox"/>醫療/復健診斷評估_____</p> <p><input type="checkbox"/>工作能力評估及復工協助</p> <p><input type="checkbox"/>生理工作能力強化訓練</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>心理工作能力強化訓練</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>權益支持</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>家庭支持</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>經濟支持</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他</p> <p>_____</p>		
轉介重建服務單位資料	<p><input type="checkbox"/>職能復健服務： 服務單位_____服務人員_____連絡電話：</p> <p><input type="checkbox"/>職業輔導評量： 服務單位_____服務人員_____連絡電話：</p> <p><input type="checkbox"/>其他地方政府相關服務： 職業災害專業服務人員：_____連絡電話：</p> <p><input type="checkbox"/>職業訓練服務： 服務單位_____服務人員_____連絡電話：</p> <p><input type="checkbox"/>就業服務： 服務單位_____服務人員_____連絡電話：</p> <p><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_____連絡電話：</p> <p><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_____主責人員_____連絡電話：</p>		
服務時間	服務方式	服務內容	服務結果
民國	<input type="checkbox"/> 電訪	<input type="checkbox"/> 各項服務聯繫與追蹤	(請簡述本次服務結果及下

____年 ____月 ____日	<input type="checkbox"/> 陪同服務 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 聯繫雇主 <input type="checkbox"/> 聯繫職業災害勞工 <input type="checkbox"/> 調整重建服務計畫執行規劃 <input type="checkbox"/> 申請服務時數延長 <input type="checkbox"/> 其他：_____	一次預計服務內容)
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：_____	

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
 職業災害勞工無繼續接受服務之意願(並簽署無意願繼續接受服務切結書)
 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	<input type="checkbox"/> 已經重返職場	重返職場狀況	<input type="checkbox"/> 原事業單位、原職務 <input type="checkbox"/> 工作量或工時不變 <input type="checkbox"/> 工作量或工時增加 <input type="checkbox"/> 工作量或工時減少 <input type="checkbox"/> 原事業單位、變換職務 <input type="checkbox"/> 工作量或工時不變 <input type="checkbox"/> 工作量或工時增加 <input type="checkbox"/> 工作量或工時減少 <input type="checkbox"/> 新事業單位、原職務 <input type="checkbox"/> 工作量或工時不變 <input type="checkbox"/> 工作量或工時增加 <input type="checkbox"/> 工作量或工時減少 <input type="checkbox"/> 新事業單位、變換職務 <input type="checkbox"/> 工作量或工時不變 <input type="checkbox"/> 工作量或工時增加 <input type="checkbox"/> 工作量或工時減少
		薪資狀況	<input type="checkbox"/> 較原薪資低 <input type="checkbox"/> 與原薪資同 <input type="checkbox"/> 較原薪資高
		重返職場日期	民國____年____月____日

	職稱		
	工作內容		
	<input type="checkbox"/> 未重返職場		<input type="checkbox"/> 傷病假當中，公司有保留工作
			<input type="checkbox"/> 不當未復工(非自願，例：不當解僱或資遣)，說明：_____
			自願離職 <input type="checkbox"/> 參加職訓或請領失業給付中 <input type="checkbox"/> 已離職，待業求職中 <input type="checkbox"/> 暫無工作意願(個人因素) <input type="checkbox"/> 已退休
<input type="checkbox"/> 其他，說明：_____			
是否持有身心障礙證明/手冊?	<input type="checkbox"/> 有	障礙類別	
	<input type="checkbox"/> 職業災害前 <input type="checkbox"/> 職業災害後	障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
	<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

各項服務結案情形				
服務面向 (系統帶入計畫擬定表)		目標 (系統帶入計畫擬定表)	使用次數/ 時數	結案評估結果
評估	E001 功能性能力評估		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	
	T002 生理工作能力強化訓練		小時	
	T003 心理工作能力強化訓練		小時	
	T004A 輔助設施評估/ 職務再設計服務		日	
	T004B 小額職務再設計			
	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：_____			

附件九

E001-綜合功能性能力評估報告

一、基本資料

職業災害 勞工姓名	(由需求評估表帶入)	評估項目	評估單位/人員	評估報告
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 (由需求評估表帶入)	(請依重建服務 計畫擬定表填入 評估項目)		(以下拉式選單 或上傳表單方式 呈現)
年齡	(由需求評估表帶入)			
職傷發生 /職業病 確診時間	民國__年__月__日 (由需求評估表帶入)			
職業災害 時工作單 位	(由需求評估表帶入)	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	
職業災害 歷程	(由需求評估表帶入， 若無，請依時序簡述職 業災害發生經過與就醫 歷程)			

二、職業災害勞工紀錄及病史

(一) 本次職業災害導致之傷病診斷：

診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)

(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)

日期	治療歷程	備註
----	------	----

(可為單次時間或區間)	(請簡述介入項目及歷程)	

(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：

檢附評估工具：

上肢功能受損程度問卷-簡短版(Quick DASH)

評估結果：

歐氏失能量表(The Oswestry Disability Index) 2.0 版

評估結果：

其他：_____

評估結果：

(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. 典型之一天日常生活(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。)

時間	活動	備註
例：07:00-07:30	準備早餐	自行下廚

三、評估結果：

(一)附表一、生理功能評估結果

(帶入評估結果解釋欄位內容)

(二)附表二、心理功能評估結果

(帶入綜合分析與介入建議欄位內容)

(三)其它評估

(依使用者需求上傳)

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「綜合功能能力評估操作手冊」。
評估過程中須留意職業災害勞工動作能力表現與日常生活活動所需能力表現適配性。)

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

一、基本資料

*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			
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:

關節活動度(正常/異常, 異常請說明)

- 正常
 異常

上肢肌群	初評		結評	
	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)
肩部屈曲(Shoulder flex)	左: ___度 ~ ___度 右: ___度 ~ ___度	左: ___度 ~ ___度 右: ___度 ~ ___度	左: ___度 ~ ___度 右: ___度 ~ ___度	左: ___度 ~ ___度 右: ___度 ~ ___度
肩部伸直(Shoulder ext)				
肩部外展(Shoulder ABD)				

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

下肢肌群	初評		結評	
	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)
髖關節屈曲(Hip flex)	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度

髖關節伸直(Hip ext)				
髖關節外展(Hip ABD)				
髖關節內收(Hip ADD)				
髖關節外轉(Hip external rotation)				
髖關節內轉(Hip internal rotation)				
膝關節伸直(Knee ext)				
膝關節屈曲(Knee flex)				
踝關節背屈(Ankle dorsiflex)				
踝關節蹠屈(Ankle plantar flex)				
踝關節內翻(Ankle Inversion)				
踝關節外翻(Ankle Eversion)				

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)
	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度

徒手肌力測驗(針對傷病相關部位施測)

(等級 5=可完全抵抗阻力、4=可抵抗部分阻力、3=可抗重力，但不能抗阻力、2=在無抗重力情況下可進行完全角度動作、1=有肌肉收縮，但無關節角度改變、0=完全沒有動作)

上肢肌群	初評		結評	
	左側	右側	左側	右側
肩部屈曲(Shoulder flex)				
肩部伸直(Shoulder ext)				
肩部外展(Shoulder ABD)				
肩部內收(Shoulder ADD)				
肩部水平外展(Shoulder horizontal ABD)				
肩部水平內收(Shoulder horizontal ADD)				
肩部內轉(Shoulder internal rotation)				
肩部外轉(Shoulder external rotation)				
肘屈曲(Elbow flex)				
肘伸直(Elbow ext)				
前臂旋後(Forearm supination)				
前臂旋前(Forearm pronation)				

手腕屈曲(Wrist flex)				
手腕伸直(Wrist ext)				
手腕橈側偏移(Wrist radial deviation)				
手腕尺側偏移(Wrist ulnar deviation)				
食指屈曲(Index Finger flex)				
食指伸直(Index Finger ext)				
中指屈曲(Middle Finger flex)				
中指伸直(Middle Finger ext)				
無名指屈曲(Third Finger flex)				
無名指伸直(Third Finger ext)				
小指屈曲(Little Finger flex)				
小指伸直(Little Finger ext)				
拇指外展(Thumb ABD)				
拇指內收(Thumb ADD)				

下肢肌群	初評		結評	
	左側	右側	左側	右側
髖關節屈曲(Hip flex)				
髖關節伸直(Hip ext)				
髖關節外展(Hip ABD)				
髖關節內收(Hip ADD)				
髖關節外轉(Hip external rotation)				
髖關節內轉(Hip internal rotation)				
膝關節伸直(Knee ext)				
膝關節屈曲(Knee flex)				
踝關節背屈(Ankle dorsiflex)				
踝關節蹠屈(Ankle plantar flex)				
踝關節內翻(Ankle Inversion)				
踝關節外翻(Ankle Eversion)				

其他	初評		結評	
	左側	右側	左側	右側

2. 三分鐘登階測驗：

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

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

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

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

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

3. 體適能測驗：

心肺指數（或修正後心肺指數）³：初評 _____

施測前心跳數：_____下/1分鐘

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

無法完成者使用：實際運動秒數_____秒 實際登階階數_____階

心肺指數（或修正後心肺指數）⁴：結評 _____

施測前心跳數：_____下/1分鐘

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

無法完成者使用：實際運動秒數_____秒 實際登階數_____階

4. 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)

平衡能力 項目	初評		結評	
	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	

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

³ 等級：1. 很差 2. 略差 3. 中等 4. 好 5. 很好

⁴ 等級：1. 很差 2. 略差 3. 中等 4. 好 5. 很好

平衡能力與工作符合度敘述：

(1)抬舉時，木箱基本重量為5公斤，請記得加入最終的紀錄值。

(2)抬舉時警戒值設為最大心跳數的60~70%。

60%最大心跳=_____下/分鐘

70%最大心跳=_____下/分鐘

搬運與抬舉 (職業災害勞工之負重能力要求/ 目標若為全日經常性負重，則一 次性肌力評估結果應為所需經常 性負重值之五倍，尚能安全並穩 定之執行職務。若職業災害勞工 偶而需要負重，則建議其肌力應 為「物重+安全重量(margin for safety)」，約比物重或抬舉需求 增加10%之肌力。)	初評			結評		
	項目	評分	職務 所需	備註	評分	職務 所需
雙手搬運 (折返5公尺)	公斤			公斤		
單手搬運	公斤			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)	(請填寫經 推算後之重 量，約為推 拉總重之 10%) 公斤			公斤		
站姿拉重量車 (3公尺)	(請填寫經 推算後之重 量，約為推 拉總重之 10%) 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	公斤			公斤		

(層板指根處→肩高下3格)					
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：					

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)				
手部功能	初評		結評	
項目	評分	備註	評分	備註
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)	
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	
手部功能與工作符合度敘述：				

姿勢維持與轉換 項目	初評		結評	
	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	
匍匐前進後退 (3 公尺)	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	
姿勢維持與轉換工作符合度：				

三、評估結果解釋⁵

初評結果解釋	<p>對於目標工作職務內容所需功能，尚需增強之項目有：</p> <p><input type="checkbox"/>01 身體姿勢變換</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">說明：</div> <p><input type="checkbox"/>02 身體姿勢維持耐力</p> <p><input type="checkbox"/>03 移行能力/平衡功能</p> <p><input type="checkbox"/>04 搬運及負重能力</p> <p><input type="checkbox"/>05 活動耐力</p> <p><input type="checkbox"/>06 操作與協調功能</p> <p><input type="checkbox"/>07 疼痛控制</p> <p><input type="checkbox"/>08 認知功能</p> <p><input type="checkbox"/>09 獨立生活功能</p> <p><input type="checkbox"/>10 社區移動能力</p> <p><input type="checkbox"/>11 其他：_____</p>
--------	--

⁵評估結果解釋：(請參照綜合功能能力評估施測說明。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。)

結評結果解釋	<p>工作強化訓練後，對職務所需能力之增強部分：</p> <p><input type="checkbox"/>01 身體姿勢變換</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">說明：</div> <p><input type="checkbox"/>02 身體姿勢維持耐力</p> <p><input type="checkbox"/>03 移行能力/平衡功能</p> <p><input type="checkbox"/>04 搬運及負重能力</p> <p><input type="checkbox"/>05 活動耐力</p> <p><input type="checkbox"/>06 操作與協調功能</p> <p><input type="checkbox"/>07 疼痛控制</p> <p><input type="checkbox"/>08 認知功能</p> <p><input type="checkbox"/>09 獨立生活功能</p> <p><input type="checkbox"/>10 社區移動能力</p> <p><input type="checkbox"/>11 其他：_____</p>
	<p>無法透過工作強化提升能力，尚需其他資源之敘述：</p>

附表二-心理功能評估

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

一、職業災害勞工心理評估重點及目標

重建服務目標：(由職業災害勞工重建服務計畫擬定表帶入)

心理功能評估重點：(由職業災害勞工重建服務計畫擬定表帶入)

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	(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)

附件十

E002-工作分析報告

評估人員		評估日期	民國__年__月__日				
職業災害勞工姓名		本次職業災害診斷	<table border="1"> <tr> <td>診斷(若有多項診斷,請填寫前3項)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	診斷(若有多項診斷,請填寫前3項)			
診斷(若有多項診斷,請填寫前3項)							
職業災害勞工職稱		職業災害勞工工作場域	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 不固定				
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	(如廚房、門市等)				
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	臨場 <table border="1"> <tr> <td>交通費單據上傳</td> </tr> </table> 非臨場	交通費單據上傳			
交通費單據上傳							

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
	(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)

照片圖示上傳 <input type="text" value="上傳處"/>			
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 <input type="text" value="上傳處"/>			
以下類推新增			
工作項目 2： _____			
以下類推新增			

二、工作分析結果：

1. 職業災害勞工主訴無法執行之工作內容：

2. 其它工作風險危害因子敘述：(請列點說明，含環境、設備、設施等)

附件十一

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 E002A、E004 之功能重複

評估日期	民國__年__月__日	評估地點	交通費單據上傳
評估人員姓名		評估人員職稱	
職業災害 勞工姓名		身分證號 (居留證或 護照號碼)	
評估/服務目的	(請列點敘述本次臨場評估目的)		
評估/服務內容	(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)		
結果及建議	(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)		

附件十二

E004-工作模擬評估報告

評估單位		評估人員	
初評/結評	<input type="checkbox"/> 初評 <input type="checkbox"/> 結評	評估日期	民國__年__月__日
參與人員	(請填寫本次評估參與人員)	評估地點	<input type="checkbox"/> 臨場評估 <input type="checkbox"/> 交通費單據上傳 <input type="checkbox"/> 非臨場評估
評估目的	(請依轉介評估目的或職業醫學科專科醫師醫囑撰寫)		

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	結果說明 (初評)	結果說明 (結評)
(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)	(簡述評估結果之觀察)	

--	--	--	--	--	--

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)

附件十三

E006-職業輔導評量報告及職評說明會議紀錄

一、基本資料(由需求評估表帶入)

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"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女 <input type="checkbox"/> 3. 其他	
	出生日期	民國__年__月__日	年齡		
	身高	公分	體重	公斤	
身分別	<input type="checkbox"/> 一般身分 <input type="checkbox"/> 中高齡者 <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"/> 獨力負擔家計者 <input type="checkbox"/> 移工_____				
連絡電話	家：_____ 公：_____ 手機：_____				
通訊地址	_____ 郵遞區號 _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ _____				
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上 _____ 郵遞區號 _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ _____				
電子信箱					
主要連絡人		關係		連絡電話	
次要連絡人		關係		連絡電話	
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 1. 已婚 <input type="checkbox"/> 2. 未婚 <input type="checkbox"/> 3. 離婚 <input type="checkbox"/> 4. 再婚 <input type="checkbox"/> 5. 喪偶 <input type="checkbox"/> 6. 分居 <input type="checkbox"/> 7. 同居				
最高學歷	<input type="checkbox"/> 1. 不識字 <input type="checkbox"/> 2. 小學 <input type="checkbox"/> 3. 國中 <input type="checkbox"/> 4. 高中(職) <input type="checkbox"/> 5. 大專或大學 <input type="checkbox"/> 6. 碩士 <input type="checkbox"/> 7. 博士 <input type="checkbox"/> 8. 其他				
工作史暨職業技能					
功能評估					

二、接受職業輔導評量原因

--

三、評量內容

評量重點	評量方式或工具	評量人員	實際評量日期	時數
				__小時__分鐘

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）

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	
會議流程 與內容	<p>一、討論問題與內容摘要： (職評說明會當天寫下討論內容)</p>		
	<p>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)</p>		
	決議項目(一)		負責人員職稱/姓名
	1.		
	2.		
	...		
	決議項目(二)		
	1.		
	2.		
	...		
出席人員姓名與聯絡方式 (簽名即代表同意本次會議決議之內容)	簽名	聯絡方式(請留6個月內可聯絡之電話、email等，以利追蹤)	

報告撰寫人：

日期：

附件十四

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		受僱單位	
目標工作職務		職業傷害發生/ 職業病診斷日期	民國____年____月____日
職能復健機構 服務人員		職業醫學科專科 醫師	

二、評估結果及建議
本次職業災害診斷 (請填寫職業災害勞工的中文診斷)
針對目標職務之復工建議，本建議報告之有效性至：民國____年____月____日(考量報告開立時間可能為建議暫時性調整職務或暫時不建議復工，因此需填寫此報告使用期限) <input type="checkbox"/> 原職務，全時復工 <input type="checkbox"/> 職務調整，說明： <input type="checkbox"/> 調整工作場所 <input type="checkbox"/> 更換工作內容 <input type="checkbox"/> 調整工作時間 <input type="checkbox"/> 漸進式復工 <input type="checkbox"/> 其他： 若無法配合上述職務調整建議，建議先行停工 <input type="checkbox"/> 現階段不建議復工，由____追蹤復工能力狀況

三、生理功能限制狀況及建議 (請勾選)		
生理功能	有限制(勾選並說明)	處遇/職場配合建議
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 其他(自行新增)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
四、適應狀況及建議		
心理功能/社會適應	有問題(勾選並說明)	處遇/職場配合建議
01 創傷因應	<input type="checkbox"/>	
02 職場適應	<input type="checkbox"/>	
03 職涯	<input type="checkbox"/>	
04 其他(自行新增)	<input type="checkbox"/>	
五、其他影響工作表現或安全之藥物/醫學狀況及建議		
藥物/醫學狀況	有問題(勾選並說明)	處遇/職場配合建議
01 皮膚對溫度敏感度	<input type="checkbox"/>	

02 其他(自行新增)	<input type="checkbox"/>	

六、備註說明

影響工作表現或安全性之藥物/醫療狀況：

(若有職務再設計、輔助器具、職場環境改造、生理/心理工作能力強化訓練計畫等，請詳細敘述於此。)

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定之用

職業災害勞工簽名

簽署日期

雇主簽名

簽署日期

附件十五

T002-生理工作能力強化訓練計畫

服務單位		計畫擬定日期	民國__年__月__日
服務人員		使用時數	(撰寫訓練計畫使用時數)

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				
身分證號 (居留證或 護照號碼)		年齡	歲				
職傷發生/職業 病確診時間	民國__年__月__日	本次職業災害 診斷	<table border="1"> <tr> <td>診斷(若有多項診斷,請填寫 前3項)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	診斷(若有多項診斷,請填寫 前3項)			
診斷(若有多項診斷,請填寫 前3項)							

二、生理工作能力強化訓練計畫擬定(由職業災害勞工重建服務計畫擬定表帶入)

生理工作能力 強化訓練目標	_____
預計訓練時數	
預計頻率	
生理功能評估 結果摘要	(由生理功能評估結果解釋欄位內容帶入)

階段目標(達預計訓練時數一半時之目標)

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	(活動/方式應與最終應達成之目標、職務內容有直接	(若訓練活動/方式包含職務再設計,請於此欄位說明作法。)

	公斤，且可模擬抬舉大型音響來回 10 公尺，持續 10 分鐘]	關聯性。)	

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。)

附件十六

T002-生理工作能力強化訓練紀錄

服務單位		計畫擬定日期	民國__年__月__日
服務人員			

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				
身分證號 (居留證或 護照號碼)		年齡	歲				
職傷發生/ 職業病確診 時間	民國__年__月__日	本次職業災害 診斷	<table border="1"> <tr> <td>診斷(若有多項診斷,請填寫前3項)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	診斷(若有多項診斷,請填寫前3項)			
診斷(若有多項診斷,請填寫前3項)							
訓練目標	(從生理工作能力強化訓練計畫擬訂帶入訓練目標)						

二、訓練紀錄

訓練次數	日期	目標工作內容	訓練內容	當次職業災害勞工之表現及進展	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)	<input type="checkbox"/> 暖身活動 說明: <input type="checkbox"/> 工作適能訓練 說明: <input type="checkbox"/> 工作模擬訓練(上傳照片) 說明: <input type="checkbox"/> 衛教	(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

			說明： <input type="checkbox"/> 其他 說明：		
	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

附件十七

T002-生理工作能力強化訓練結案評估報告

服務單位		填寫日期	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)

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				
身分證號 (居留證或護 照號碼)		年齡	歲				
職傷發生/職業病 確診時間	民國__年__月__日	本次職業災 害診斷	<table border="1"><tr><td>診斷(若有多項診斷,請填 寫前3項)</td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>	診斷(若有多項診斷,請填 寫前3項)			
診斷(若有多項診斷,請填 寫前3項)							

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 化訓練服務目標 (由職業災害勞工 重建服務計畫擬 定表帶入)	

三、評估結果

評估內容摘要	<ol style="list-style-type: none">1. 生理功能評估(附表一):2. 工作模擬評估(附表二):3. 其他初評時有使用之評估工具: <table border="1"><tr><td>上傳欄位</td></tr></table>	上傳欄位
上傳欄位		

職業災害勞工之疼痛狀況	(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)
生理工作能力強化訓練目標達成情形	(請依目標列點各個目標達成情形)
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)
結案原因	<input type="checkbox"/> 已達成訓練目標 <input type="checkbox"/> 職業災害勞工 3 次無故未於約定時間出席訓練 <input type="checkbox"/> 職業災害勞工無意願繼續接受訓練(並簽署無意願繼續接受服務切結書) <input type="checkbox"/> 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
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)

附表一-生理功能評估(請填寫結案評估欄位)

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

一、基本資料

*職業災害 勞工姓名		*性別	<input type="checkbox"/> 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			
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:

關節活動度(正常/異常, 異常請說明)

正常

異常

上肢肌群	初評		結評	
	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)
肩部屈曲(Shoulder flex)	左: ___度 ~ ___度 右: ___度 ~ ___度	左: ___度 ~ ___度 右: ___度 ~ ___度	左: ___度 ~ ___度 右: ___度 ~ ___度	左: ___度 ~ ___度 右: ___度 ~ ___度
肩部伸直(Shoulder ext)				
肩部外展(Shoulder ABD)				

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

下肢肌群	初評		結評	
	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)	被動關節活動度(PROM)	主動關節活動度(AROM)
髖關節屈曲(Hip flex)	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度	左：____度 ~____度 右：____度 ~____度
髖關節伸直(Hip ext)				
髖關節外展(Hip ABD)				
髖關節內收(Hip ADD)				

髖關節外轉(Hip external rotation)				
髖關節內轉(Hip internal rotation)				
膝關節伸直(Knee ext)				
膝關節屈曲(Knee flex)				
踝關節背屈(Ankle dorsiflex)				
踝關節蹠屈(Ankle plantar flex)				
踝關節內翻(Ankle Inversion)				
踝關節外翻(Ankle Eversion)				

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)
	左：___度 ~___度 右：___度 ~___度	左：___度 ~___度 右：___度 ~___度	左：___度 ~___度 右：___度 ~___度	左：___度 ~___度 右：___度 ~___度

徒手肌力測驗(針對傷病相關部位施測)

(等級 5=可完全抵抗阻力、4=可抵抗部分阻力、3=可抗重力，但不能抗阻力、2=在無抗重力情況下可進行完全角度動作、1=有肌肉收縮，但無關節角度改變、0=完全沒有動作)

上肢肌群	初評		結評	
	左側	右側	左側	右側
肩部屈曲(Shoulder flex)				
肩部伸直(Shoulder ext)				
肩部外展(Shoulder ABD)				
肩部內收(Shoulder ADD)				
肩部水平外展(Shoulder horizontal ABD)				
肩部水平內收(Shoulder horizontal ADD)				
肩部內轉(Shoulder internal rotation)				
肩部外轉(Shoulder external rotation)				
肘屈曲(Elbow flex)				
肘伸直(Elbow ext)				
前臂旋後(Forearm supination)				
前臂旋前(Forearm pronation)				
手腕屈曲(Wrist flex)				
手腕伸直(Wrist ext)				
手腕橈側偏移(Wrist radial deviation)				
手腕尺側偏移(Wrist ulnar deviation)				

食指屈曲(Index Finger flex)				
食指伸直(Index Finger ext)				
中指屈曲(Middle Finger flex)				
中指伸直(Middle Finger ext)				
無名指屈曲(Third Finger flex)				
無名指伸直(Third Finger ext)				
小指屈曲(Little Finger flex)				
小指伸直(Little Finger ext)				
拇指外展(Thumb ABD)				
拇指內收(Thumb ADD)				

下肢肌群	初評		結評	
	左側	右側	左側	右側
髖關節屈曲(Hip flex)				
髖關節伸直(Hip ext)				
髖關節外展(Hip ABD)				
髖關節內收(Hip ADD)				
髖關節外轉(Hip external rotation)				
髖關節內轉(Hip internal rotation)				
膝關節伸直(Knee ext)				
膝關節屈曲(Knee flex)				
踝關節背屈(Ankle dorsiflex)				
踝關節蹠屈(Ankle plantar flex)				
踝關節內翻(Ankle Inversion)				
踝關節外翻(Ankle Eversion)				

其他	初評		結評	
	左側	右側	左側	右側

2. 三分鐘登階測驗：

可忍受持續工作之代謝當量(MET)：初評_____MET，適合之工作型態⁶：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)：結評_____MET，適合之工作型態⁷：結評_____。

⁶ 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)

⁷ 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-

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

3. 體適能測驗：

心肺指數（或修正後心肺指數）⁸：初評 _____

施測前心跳數：____下/1分鐘

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

無法完成者使用：實際運動秒數____秒 實際登階階數____階

心肺指數（或修正後心肺指數）⁹：結評 _____

施測前心跳數：____下/1分鐘

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

無法完成者使用：實際運動秒數____秒 實際登階數____階

4. 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)

平衡能力 項目	初評		結評	
	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	
平衡能力與工作符合度敘述：				

7. 5MET)5. 極重度負重型(超過 7. 5MET)

⁸ 等級：1. 很差 2. 略差 3. 中等 4. 好 5. 很好

⁹ 等級：1. 很差 2. 略差 3. 中等 4. 好 5. 很好

(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
雙手搬運 (折返 5 公尺)	公斤			公斤		
單手搬運	公斤			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)	公斤			公斤		
站姿拉重量車 (3 公尺)	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：						

慣用手：1. 右手 2. 左手 3. 雙手

(如傷病後有改變慣用手，註明受傷前慣用手：1. 右手 2. 左手 3. 雙手)

手部功能	初評		結評	
	項目	評分	備註	備註
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)	
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	
手部功能與工作符合度敘述：				

姿勢維持與轉換	初評		結評	
	項目	評分	備註	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	
匍匐前進後退(3公尺)	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
姿勢維持與轉換工作符合度：			

三、評估結果解釋¹⁰

初評結果解釋	<p>對於目標工作職務內容所需功能，尚需增強之項目有：</p> <p><input type="checkbox"/>01 身體姿勢變換</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">說明：</div> <p><input type="checkbox"/>02 身體姿勢維持耐力</p> <p><input type="checkbox"/>03 移行能力/平衡功能</p> <p><input type="checkbox"/>04 搬運及負重能力</p> <p><input type="checkbox"/>05 活動耐力</p> <p><input type="checkbox"/>06 操作與協調功能</p> <p><input type="checkbox"/>07 疼痛控制</p> <p><input type="checkbox"/>08 認知功能</p> <p><input type="checkbox"/>09 獨立生活功能</p> <p><input type="checkbox"/>10 社區移動能力</p> <p><input type="checkbox"/>11 其他：_____</p>
結評結果解釋	<p>工作強化訓練後，對職務所需能力之增強部分：</p> <p><input type="checkbox"/>01 身體姿勢變換</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">說明：</div> <p><input type="checkbox"/>02 身體姿勢維持耐力</p> <p><input type="checkbox"/>03 移行能力/平衡功能</p> <p><input type="checkbox"/>04 搬運及負重能力</p> <p><input type="checkbox"/>05 活動耐力</p> <p><input type="checkbox"/>06 操作與協調功能</p> <p><input type="checkbox"/>07 疼痛控制</p>

¹⁰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。）

	<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 其他：_____
	無法透過工作強化提升能力，尚需其他資源之敘述：

附表二-工作模擬評估報告(請填寫結案評估欄位)

評估單位		評估人員	
初評/結評	<input type="checkbox"/> 初評 <input type="checkbox"/> 結評	評估日期	民國__年__月__日
參與人員	(請填寫本次評估參與人員)	評估地點	(請填寫模擬地點)
評估目的	(請依轉介評估目的或職業醫學科專科醫師醫囑撰寫)		

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位之工作內容)		

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	結果說明 (初評)	結果說明 (複評)
(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)	(簡述評估 結果之觀 察)	

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，以及評估過程之觀察與初步評估結果)

附件十八

T003-心理工作能力強化訓練計畫

服務單位		計畫擬定日期	民國__年__月__日
服務人員		使用時數	(撰寫此計畫所使用時數)

一、基本資料 (由需求評估表帶入)

職業災害勞工姓名		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)		年齡	歲				
職傷發生/職業病確診時間	民國__年__月__日	本次職業災害診斷	<table border="1"> <tr> <td>診斷(若有多項診斷,請填寫前3項)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	診斷(若有多項診斷,請填寫前3項)			
診斷(若有多項診斷,請填寫前3項)							
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

訓練目標	(由職業災害重建服務計畫擬定表之心理工作能力強化訓練目標欄位帶入)		
訓練期程	(由職業災害重建服務計畫之心理工作能力強化訓練目標欄位帶入)	預估介入次數	(由職業災害重建服務計畫之心理工作能力強化訓練目標欄位帶入)

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

附件十九

T003-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	

一、服務摘要

訓練 目標	(由重建服務計畫擬定表帶入)				
訓練 計畫	(由心理工作能力強化訓練計畫帶入)				
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	— 時 — 分
2					
總計					
共_____次			共_____小時		

附件二十

T003-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				
服務總次數		結評日期	民國__年__月__日				
執行時數	_____小時	使用時數	(撰寫結案評估報告使用時數)				
訓練目標	(由職業災害重建服務計畫擬定表之心理工作能力強化訓練目標欄位帶入)						
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
<ul style="list-style-type: none"> · 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	
<ul style="list-style-type: none"> · 總分____分 · 心理師摘要說明： 							

<p>評估結果 解釋</p>	<p><input type="checkbox"/>晤談及觀察： （含晤談及觀察重點摘要，建議列點陳述之）</p> <p><input type="checkbox"/>標準化工具評估： （含評估項目、評估工具名稱、評估結果摘要，建議列點陳述之）</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>（含評估項目、評估方法簡述、評估結果摘要，建議列點陳述之）</p>
<p>結案原因</p>	<p><input type="checkbox"/>已達成訓練目標。</p> <p><input type="checkbox"/>時數用罄。</p> <p><input type="checkbox"/>職業災害勞工 3 次無故未於約定時間出席訓練。</p> <p><input type="checkbox"/>職業災害勞工無意願繼續接受訓練（並簽署無意願繼續接受服務切結書）</p> <p><input type="checkbox"/>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，且傳簡訊告知其若未回覆，經逕行結案，之後 1 個月內未再收到職業災害勞工聯繫即逕行結案。</p>
<p>結案摘要</p>	<p>訓練目標達成情形： （簡述心理工作能力強化訓練計畫之訓練目標達成情形，建議依訓練目標列點撰寫，應說明訓練目標達成與重建目標間之連結。）</p> <p>後續追蹤建議： （列點簡述職業災害勞工結束後仍應注意事項或是個管追蹤重點）</p>

附件二十一

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	
評估日期	民國__年__月__日	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
身心障礙 障別/等級		評估報告 完成日期	民國__年__月__日
失能等級		申報日數	_____日
職場訪視地點	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">交通費單據上傳</div> <input type="checkbox"/> 無訪視		
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 主要診斷	(從需求評估表帶入) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">診斷(若有多項診斷，請填寫前3項)</div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>		

一、評估結果及建議

<p>就業問題及困難陳述</p> <p>(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)</p>	<p>建議改善之方法</p> <p>(請對應左欄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)</p> <p><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</p>
---	--

附件二十二

T004B-職務再設計成果報告

職業災害 勞工姓名		服務單位			
職業災害診斷		評估人員			
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)	評估日期	民國__年__月__日		
職務再設計改善項目及金額					
項目	單位	單價	數量	金額	備註
金額合計：新臺幣_____元					
改善前之說明					
(請簡述職業災害勞工因職業災害所遭遇之從事職務困難、預計改善作法，建議列點並且將困難與作法相互對應撰寫。請搭配圖片說明。)					
改善後之說明					
(請依改善前說明之列點順序說明職務再設計後之困難改善情形，請搭配圖片說明。)					

改善後情形與建議報告相符

改善後情形與建議報告不相符

系統可增加附件資料：

(上傳支出單據，例如：發票、收據)

附件二十三

服務項目清單

一、申請期間：___年___月至___年___月

二、申請補助總金額：

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

三、申請明細如下：

(一) 職業災害勞工篩檢追蹤費

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

(二) 重建服務計畫開案相關服務費用

申報代碼	給付項目	補助費用 (新臺幣)	申報次數/ 時數	申請補助金額(元)
P001	重建服務計畫開案晤談費	800元/小時		
P002	重建服務計畫醫師評估費	1,500元/次		
P003	重建服務計畫擬定費	2,000元/件		

P004	重建服務計畫個案管理費	4,000元/案		
小計				

(三) 重建服務計畫評估費用

申報代碼	給付項目	補助費用 (新臺幣)	申報次數/ 時數	申請補助金額(元)
E001A	功能性能力評估(複雜版)	6,000元/次		
E001B	功能性能力評估(中度版)	4,000元/次		
E001C	功能性能力評估(簡單版)	2,000元/次		
E002A	目標職務工作分析(臨場)	5,000元/件		
E002B	目標職務工作分析(非臨場)	3,000元/件		
E003	臨場評估(醫師、醫事人員、專家)	1,500元/人		
E004	工作模擬評估	4,500元/次		
E005	其他有必要之評估費用	1,500元/次		
E006	職業輔導評量服務費	650元/小時		
小計				

(四) 職能復健服務介入費用

申報代碼	給付項目	補助費用 (新臺幣)	申報次數/ 時數/金額	申請補助金額(元)
T001	復工計畫建議報告	2,000元/件		
T002	生理工作能力強化訓練	1,200元/小時		
T003	心理工作能力強化訓練	1,600元/小時		

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

四、上開申請項目是否向二個以上機關申請補助：

否

是，請填具下列明細：

申報代碼	給付項目	機關名稱	金額