

妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表

一、基本資料(本人填寫，可參閱孕婦健康手冊)		NO：母性	
姓名	年齡	班別： <input type="checkbox"/> 白班 <input type="checkbox"/> 夜班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他	分機
單位		職稱	員工編號
<input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週；預產期_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 本次妊娠有無多胎情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(多胞胎) <input type="checkbox"/> 分娩後(分娩日期_____年_____月_____日) <input type="checkbox"/> 是否哺乳 <input type="checkbox"/> 哺 乳 <input type="checkbox"/> 不 哺 乳			
二、過去疾病史			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠱豆症 <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他：			
三、家族病史			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠱豆症 <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他：			
四、婦產科相關病史			
1. 免疫狀況(曾接受疫苗注射或具有抗體)： <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> MMR(麻疹-腮腺炎-德國麻疹) 2. 生產史：懷孕次數_____次，生產次數_____次，流產次數_____次 3. 生產方式：自然產_____次，剖腹產_____次，併發症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： 4. 過去懷孕病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 先天性子宮異常 <input type="checkbox"/> 子宮肌瘤 <input type="checkbox"/> 子宮頸手術病史 <input type="checkbox"/> 曾有第2孕期(14週)以上之流產 <input type="checkbox"/> 早產(懷孕未滿37週之生產)史 5.其他：			
五、妊娠及分娩後風險因子評估			
<input type="checkbox"/> 無下列各種風險情形 <input type="checkbox"/> 沒有規律產檢 <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 藥物，請敘明： <input type="checkbox"/> 年齡(未滿18歲或大於40歲) <input type="checkbox"/> 生活環境存在風險因素(例如熱、空氣汙染) <input type="checkbox"/> 孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分 <input type="checkbox"/> 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 睡眠： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 其他：			
六、自覺徵狀			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 其他症狀：			
自評者	職業健康服務護理人員		職業健康服務醫師