

元智大學妊娠或分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表

一、基本資料			
姓名：	年齡：	部門單位：	職務：
目前班別： <input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他：			
<input type="checkbox"/> 目前妊娠中：週數_____週；預產期_____年_____月_____日			
本次妊娠是否為多胞胎： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 未知			
<input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期_____年_____月_____日）； <input type="checkbox"/> 哺乳中 <input type="checkbox"/> 目前無哺乳			
二、過去疾病史			
<input type="checkbox"/> 以下皆無 <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"/> 蠶豆症			
<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"/> 以下皆無 <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"/> 蠶豆症			
<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. 您是否曾接受注射以下疫苗或已產生抗體：			
<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） <input type="checkbox"/> 不確定			
2. 生產史：懷孕次數_____次，生產次數_____次，流產次數_____次			
生產方式：自然產_____次，剖腹產_____次，是否有併發症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
3. 過去懷孕病史：			
<input type="checkbox"/> 以下皆無 <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 週生產）			
<input type="checkbox"/> 其他：_____			
五、妊娠及分娩後風險因子評估			
1. 是否有下列各種健康風險因子？			
<input type="checkbox"/> 以下皆無 <input type="checkbox"/> 未規律產檢 <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 藥物，請說明：_____			
<input type="checkbox"/> 年齡（未滿 18 歲或大於 40 歲） <input type="checkbox"/> 孕前體重未滿 45 公斤、身高未滿 150 公分			
<input type="checkbox"/> 生活環境危害（例如嚴重空氣汙染、極端氣溫等）			
2. 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
3. 睡眠情形： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
六、自覺症狀			
<input type="checkbox"/> 以下皆無 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
填寫員工簽名		填寫日期	