

呼吸防護具醫療生理評估問卷

一、基本資料

姓名		身高 / 體重	_____公分 / _____公斤
部門單位		員工編號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	

二、呼吸防護具類型及工作環境

1. 目前或未來將使用之呼吸防護具類型？（可複選）

- N, R 或 P 型過濾式口罩 半面式濾罐型防毒面罩 全面式濾罐型防毒面罩
動力淨氣式 (PAPR) 輸氣管式 (SAR) 自攜式呼吸器 (SCBA)

2. 使用呼吸防護具之頻率及時間？

- 僅限緊急救援或逃生時 每週小於 5 小時
每天小於 2 小時 每天 2 至 4 小時 每天超過 4 小時

3. 佩戴呼吸防護具時，是否需使用其他個人防護具？（可複選）

- 耳塞 耳罩 護目鏡 防護衣 以上皆無

4. 工作內容是否會暴露以下危害因子？（可複選）

- 心肺高負荷工作，例如人工負重或施力超過 20 公斤、頻繁爬梯或爬階等作業
低溫環境 高溫環境 潮濕環境 缺氧環境 局限空間 以上皆無

三、過去病史

5. 是否曾被醫師診斷下列疾病？（可複選）

- 肺部疾病：氣喘、肺炎、肺結核、氣胸、肋骨骨折、胸部外傷等
心血管疾病：高血壓、中風、心絞痛、心肌梗塞、心律不整、心衰竭等
視力問題：失明、色盲、佩戴（隱形）眼鏡等
聽力問題：聽力損失、耳膜破裂、耳部外傷、佩戴助聽器等
皮膚或呼吸道過敏
肌肉骨骼疾病
癲癇
幽閉恐懼症
其他：_____
- 以上皆無

6. 是否需規律服用藥物或曾經接受手術治療？

- 否
是，診斷或手術名稱：_____

7. 最近三個月內是否有抽菸？

- 否
是，每天吸_____支

四、目前健康狀態（新進人員若尚未使用呼吸防護具，不需填答第9及第10題）

8. 最近三個月內是否曾發生以下不適情形？（可複選）

- 呼吸急促、易喘 運動耐力降低 咳嗽、咳痰 哮喘（呼吸有咻咻聲）
胸悶、胸痛 心悸、心搏過速
眼睛不適 耳部不適
皮膚過敏或紅疹
焦慮、恐慌 全身倦怠、無力 抽搐、痙攣
頭頸、腰背或四肢痠痛 頭頸、腰背或四肢關節活動度侷限
膝蓋彎曲或蹲跪困難 爬梯或爬階困難
以上皆無

9. 使用呼吸防護具時，前一題所勾選不適情形，是否較容易發生或惡化？

- 否
是，不適症狀：_____

10. 是否有其他任何健康問題或疑慮，影響您佩戴呼吸防護具？

- 否
是，請簡述：_____

五、綜合評估與建議（本欄由勞工健康服務醫護人員填寫）

➤ 書面審查 面談評估

➤ 特殊記載事項：

➤ 醫療建議：

- 健康指導：_____
轉介就醫：_____
其他：_____

➤ 呼吸防護具及工作適性建議：

呼吸防護具：

- 適用目前呼吸防護具
呼吸防護具選用建議：_____

工作適性建議：

- 適任目前工作
工作內容 / 時間調整：_____
其他：_____

勞工健康服務醫護人員：_____ 評估日期：_____

為維護同仁權益及隱私，本問卷所蒐集之健康資料，僅提供○○○○公司之醫護及職安人員，於執行勞工健康服務及後續實施健康管理措施之用，並依法留存紀錄。