

國立中山大學母性健康保護要點

107年3月7日106學年度第二學期第1次行政會議通過
108年7月23日107學年度第2學期毒化物管理暨第2次環境安全衛生委員會聯席會修正通過
108年10月23日108學年度第1學期第2次協調會報修正通過
108年11月27日108學年度第1學期第7次行政會議修正通過
111年03月30日110學年度第2學期第4次行政會議修正通過

- 一、為確保懷孕、產後哺乳女性教職員工之身心健康，規劃與採取必要之安全衛生措施，特依「職業安全衛生法」及其相關法令規定，訂定「國立中山大學母性健康保護要點」（以下簡稱本要點）。
- 二、當校內有以下情形之女性教職員工，應啟動母性健康保護：
 - (一) 預期懷孕。
 - (二) 妊娠中。
 - (三) 分娩後1年內。
 - (四) 哺乳中。
- 三、本要點措施用語，定義如下：
 - (一) 母性健康保護措施：指對於女性工作者從事有母性健康危害之虞之工作所採取之措施，包括危害評估與控制、醫師面談指導、風險分級管理、工作適性安排及其他相關措施。
 - (二) 母性健康保護期間：經當事人主動通報，本校得知女性教職員工妊娠日起至分娩後一年內。
- 四、本要點相關施行措施如下：
 - (一) 危害辨識與評估
 1. 女性教職員工母性健康保護啟動。
 - (1) 符合本要點第二點之女性教職員工應主動向學生事務處諮商與健康促進組通報。
 - (2) 人事室每月應提供申請產檢假、安胎假、產假、育嬰留停、產後復工之女性教職員工名單至學務處諮商與健康促進組。

2. 母性健康危害評估。

- (1) 女性教職員工本人應填寫「母性健康自我評估表」(附件 1)。
- (2) 職業安全衛生人員會同從事勞工健康服務醫護人員，進行辨識與評估工作場所環境及作業之危害，包含物理性、化學性、生物性、人因性、通用性、工作流程及工作型態等，並填寫「國立中山大學作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表」(附件 2)。
- (3) 安排醫師面談指導：提供分級管理、健康指導與適性評估。

(二) 風險分級管理

1. 職業安全衛生人員會同從事勞工健康服務醫護人員依評估結果區分風險等級，並實施分級管理措施(附件 3)，並以書面或口頭方式告知本人。
2. 經醫師面談結果，發現健康狀況異常，需追蹤檢查或適性評估者，應轉介婦產科專科醫師或職業醫學科專科醫師進行有關妊娠或分娩後健康危害評估，提供工作適性安排之建議(附件 4)。
3. 服務單位主管應依其危害評估控制建議及醫師適性評估建議，進行作業環境改善等健康保護措施。
4. 從事「女性勞工母性健康保護實施辦法」第三條或第五條第二項之工作者，經採取母性健康保護，風險等級屬第一級或第二級管理者。經醫師評估無害母體、胎兒或嬰兒健康，並向當事人說明危害資訊，且經當事人書面同意者，可繼續從事原工作。(附件 5)。

五、執行成效之評估及持續改善執行方式如下：

- (一) 母性健康保護期間，因健康狀況改變、工作條件改變、作業程序變更或有不適反應，經醫師診斷證明不適原有工作者，應重新進行危害辨識與評估。

- (二) 學校依法規採取之危害評估、控制方法、面談指導、適性評估及相關採行措施之執行情形，均應予記錄，相關文件及紀錄至少保存三年。

六、本要點經行政會議審議通過，陳請校長核定後實施，修正時亦同。

七、附件

- (一) 附件 1 「國立中山大學母性健康自我評估表」
- (二) 附件 2 「國立中山大學作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表」
- (三) 附件 3 「國立中山大學母性健康保護危害分級」
- (四) 附件 4 「國立中山大學妊娠及分娩後未滿一年教職員工之健康及工作適性評估建議表」
- (五) 附件 5 「國立中山大學妊娠及哺乳期間作業危害告知聲明書」
- (六) 附件 6 「國立中山大學母性健康保護流程」

八、參考文件

- (一) 「職業安全衛生法」
- (二) 「職業安全衛生法施行細則」
- (三) 「職業安全衛生設施規則」
- (四) 「女性勞工母性健康保護實施辦法」
- (五) 「游離輻射防護法」
- (六) 「游離輻射防護安全標準」

國立中山大學母性健康自我評估表

填寫日期：_____年_____月_____日

姓名	身分證字號 外籍人士統一證號
生日	電子信箱
職務	電話 校內分機： 手機：
服務單位	服務單位主管
工作內容	請詳述：_____
作業環境	<input type="checkbox"/> 授課/辦公室 <input type="checkbox"/> 實驗室： <input type="checkbox"/> 無接觸化學物質， <input type="checkbox"/> 有接觸化學物質（請詳述物質）： <input type="checkbox"/> 其他（請詳述）：
目前狀態	<input type="checkbox"/> 懷孕：次數_____，週數_____，預產期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 本次妊娠有無多胞胎情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（多胞胎） <input type="checkbox"/> 分娩後：分娩日期_____。 <input type="checkbox"/> 未哺乳； <input type="checkbox"/> 哺乳中：規劃哺乳多久_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
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"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他，請詳述：_____
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：
妊娠及分娩後風險因子評估	<input type="checkbox"/> 無 <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 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 其他： 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：
自覺健康狀態：	
1. 目前是否有身體不舒服之症狀： 2. <input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是，請續填下方項目。 <input type="checkbox"/> 孕吐、 <input type="checkbox"/> 食欲不振、 <input type="checkbox"/> 睡眠不足、 <input type="checkbox"/> 痔瘡、 <input type="checkbox"/> 妊娠紋、 <input type="checkbox"/> 陰道分泌物變多、 <input type="checkbox"/> 浮腫、 <input type="checkbox"/> 胸、胃部噁心或腹脹、 <input type="checkbox"/> 肩腰背痠痛、 <input type="checkbox"/> 小腿抽筋、 <input type="checkbox"/> 出血、 <input type="checkbox"/> 腹痛、 <input type="checkbox"/> 痙攣、 <input type="checkbox"/> 其他_____	
目前是否規律產檢： <input type="checkbox"/> 是。 <input type="checkbox"/> 否（請詳述）：_____	
3. 目前產檢時，醫師是否告訴妳要特別注意的事情： <input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是，請詳述_____	
4. 目前是否有輪值夜班： <input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是：上班時間_____	
5. 目前是否有肌肉骨骼痠痛的情形： <input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是，請填寫「肌肉骨骼症狀調查表」。	
6. 目前您的工作內容是否有感受到較為勞累或費力的情況： <input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是，請續填下方項目。 <input type="checkbox"/> 久站、 <input type="checkbox"/> 久坐、 <input type="checkbox"/> 走動頻繁、 <input type="checkbox"/> 搬運重物、 <input type="checkbox"/> 手臂高舉、 <input type="checkbox"/> 操作儀器、 <input type="checkbox"/> 電腦文書、 <input type="checkbox"/> 其他_____	
7. 目前是否會擔心您的工作環境或作業內容可能會影響到胎兒或哺餵母乳： <input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是，請詳述_____	
8. 其他：_____	
備註：	
1. 本校為了減低懷孕/產後時身心壓力與不適感，安排醫師提供準媽咪妊娠/產後一對一諮詢。	
2. 與醫師諮詢前：本表由員工本人填寫（可參閱孕婦健康手冊），完成後將此表單交予學務處諮商與健康促進組護理師，如有相關問題敬請撥冗聯繫，電話：07-5252000，分機 2253。	
3. 與醫師諮詢當天：別忘了攜帶「孕婦健康手冊」及領取實用的「貼心寵愛媽媽包」，謝謝您。	

國立中山大學作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

一、基本資料

姓名		身分證字號 外籍人士統一證號	
職稱		電話	校內分機： 手機：
服務單位		服務單位主管	
工作內容		作業型態	<input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他：_____

二、工作場所環境及作業評估

類別	危	害	狀	態
物理性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 游離輻射 <input type="checkbox"/> 噪音 <input type="checkbox"/> 高溫 <input type="checkbox"/> 低溫 <input type="checkbox"/> 異常氣壓 <input type="checkbox"/> 礦坑 <input type="checkbox"/> 潛水作業(>10m)		
化學性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 國家標準 CNS15030 分類： 屬生殖毒性第一級之化學品：物質_____ 屬生殖細胞致突變性第一級之化學品：物質_____ <input type="checkbox"/> 對哺乳功能有不良影響之化學品：物質_____ <input type="checkbox"/> 鉛及其化合物散佈場所。 <input type="checkbox"/> 製造或處置抗細胞分裂及具細胞毒性藥物：物質_____ <input type="checkbox"/> 危害性化學品： <input type="checkbox"/> 砷 <input type="checkbox"/> 汞 <input type="checkbox"/> 二硫化碳 <input type="checkbox"/> 三氯乙烯 <input type="checkbox"/> 環氧乙烷 <input type="checkbox"/> 丙烯醯胺 <input type="checkbox"/> 次乙亞胺 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
生物性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 弓形蟲感染 <input type="checkbox"/> 德國麻疹感染 <input type="checkbox"/> B/C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 人類免疫缺乏病毒感染 <input type="checkbox"/> 肺結核感染 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
人因性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 久站 <input type="checkbox"/> 久坐 <input type="checkbox"/> 頻繁走動 <input type="checkbox"/> 經常上下階梯 <input type="checkbox"/> 工作空間狹小 <input type="checkbox"/> 振動 <input type="checkbox"/> 工作時有肌肉骨骼不適感 <input type="checkbox"/> 徒手搬運重物：_____公斤，搬運時間_____		
通用性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 夜班 <input type="checkbox"/> 經常性加班 <input type="checkbox"/> 超時加班 <input type="checkbox"/> 離群單獨作業 <input type="checkbox"/> 工作須經常開車/騎機車外出 <input type="checkbox"/> 工作壓力/職場暴力，請敘述：_____		

受評者簽名：_____日期：_____

三、作業場所危害評估及控制改善及管理措施

作業區危害物質辨識	1.危害物質： 2.作業環境監測資料： 3.容許濃度：
風險分級	<input type="checkbox"/> 第一級管理(作業場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準十分之一) <input type="checkbox"/> 第二級管理(作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準十分之一以上未達二分之一) <input type="checkbox"/> 第三級管理(作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準二分之一以上) <input type="checkbox"/> 其他：
控制改善及管理措施	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：

職業安全衛生人員簽名：_____日期：_____

四、健康問題諮詢與工作適性安排建議

基本資料		姓名： 年齡：
妊娠或分娩後一年內或哺乳期間	目前狀態	<input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週；預產期_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期_____年_____月_____日） <input type="checkbox"/> 哺乳中 <input type="checkbox"/> 未哺乳 <input type="checkbox"/> 身高：_____公分；體重：_____公斤；BMI：_____；血壓：_____mmHg <input type="checkbox"/> 工作職稱/內容：
教職員工健康評估	主訴資料	
	客觀資料	
作業危害風險評估	危害項目	
	風險分級	<input type="checkbox"/> 第一級管理(醫師評估無危害母體、胎兒或嬰兒健康) <input type="checkbox"/> 第二級管理(醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒健康) <input type="checkbox"/> 第三級管理(醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康)，請註明不適宜之作業及注意事項：_____
諮詢與適性評估建議	健康問題	<input type="checkbox"/> 無，大致正常 <input type="checkbox"/> 有，請敘明診斷或不適症狀：_____
	轉介建議	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 轉介婦產科專科醫師進行有關妊娠或分娩後健康危害評估，提供工作適性安排之建議。轉介原因：
	工作適性評估建議	<input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作 <input type="checkbox"/> 可繼續從事工作，但須考量下列條件限制： <input type="checkbox"/> (1)變更工作場所： <input type="checkbox"/> (2)變更職務： <input type="checkbox"/> (3)縮減職務量： <input type="checkbox"/> 縮減工作時間： <input type="checkbox"/> 縮減業務量： <input type="checkbox"/> (4)限制加班（不得超過_____小時/天） <input type="checkbox"/> (5)周末或假日之工作限制（每月_____次） <input type="checkbox"/> (6)出差之限制（每月_____次） <input type="checkbox"/> (7)夜班工作之限制（輪班工作者）（每月_____次） <input type="checkbox"/> 不可繼續工作，宜休養（休養期間：敘明時間_____） <input type="checkbox"/> 不可繼續工作，需住院觀察 <input type="checkbox"/> 其他具體之工作調整或生活建議 （包括工作調整或異動、追蹤或職場對應方法、飲食等詳細之建議內容：_____） _____ 醫師簽名(含醫師證號)：_____ 日期：_____
面談指導及工作適性建議告知		
本人已於_____年_____月_____日與_____醫師面談，並已清楚所處作業環境對健康之評估結果。 本人 <input type="checkbox"/> 願意，接受上述諮詢與適性評估建議。 <input type="checkbox"/> 不願意，接受上述諮詢與適性評估建議。請詳述：_____		
立同意書人簽名：_____ 日期：_____		

國立中山大學母性健康保護危害分級

風險分級	符合條件 (符合下列條件之一者)	分級管理措施
第一級管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 作業場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準十分之一或血中鉛濃度低於 $5 \mu\text{g/dl}$ 者。 2. 女性勞工母性健康保護實施辦法第三條或第五條第二項之工作或其他情形，經醫師評估無危害母體、胎兒或嬰兒健康。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師面談指導。
第二級管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準十分之一以上未達二分之一或血中鉛濃度在 $5 \mu\text{g/dl}$ 以上未達 $10 \mu\text{g/dl}$ 者。 2. 女性勞工母性健康保護實施辦法第三條或第五條第二項之工作或其他情形，經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒健康。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師面談指導。 2. 採取危害預防措施。
第三級管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準二分之一以上或血中鉛濃度在 $10 \mu\text{g/dl}$ 以上者。 2. 女性勞工母性健康保護實施辦法第三條或第五條第二項之工作或其他情形，經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康。 3. 女性輻射工作人員，其賸餘妊娠期間下腹部表面之等價劑量，不得超過二毫西弗，且攝入體內放射性核種造成之約定有效劑量不得超過一毫西弗。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師註明其不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項。 2. 立即採取工作環境改善及有效控制措施。 3. 單位主管依醫師適性評估建議，採取變更工作條件、調整工時、調換工作等母性健康保護。

備註：

1. 經評估該項作業環境為礦坑工作(妊娠/分娩後未滿一年)、鉛及其化合物散佈之工作場所(妊娠/分娩後未滿一年)、異常氣壓之工作(妊娠)、處理或暴露於弓形蟲/德國麻疹等影響胎兒健康之工作(妊娠)，應立即向妊娠中或分娩後未滿1年之女性教職員工，說明法令規定及危害，並即刻調整其工作。
2. 女性游離輻射工作人員，其賸餘妊娠期間下腹部表面之等價劑量，不得超過二毫西弗，且攝入體內放射性核種造成之約定有效劑量不得超過一毫西弗。
3. 從事女性勞工母性健康保護實施辦法第三條或第五條第二項之工作者，經採取母性健康保護，風險等級屬第一級或第二級管理者，經醫師評估無害母體、胎兒或嬰兒健康，並向當事人說明危害資訊，經當事人書面同意者，可繼續從事原工作。

國立中山大學妊娠及分娩後未滿一年教職員工之健康及工作適性評估建議表

說明：

1. 因本校職業醫學專科醫師經適性評估建議，建議轉介婦產科專科醫師進行有關妊娠或分娩後健康危害評估，提供工作適性安排之建議。
2. 提供「國立中山大學作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表」、「健康檢查」、「作業環境監測紀錄」，請惠予提供健康指導建議或診斷書。

一、基本資料

姓 名		身 分 證 字 號 外籍人士統一證號	
目前狀態	<input type="checkbox"/> 懷孕：次數_____，週數_____，預產期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 產後：生產日_____。 <input type="checkbox"/> 未哺乳； <input type="checkbox"/> 哺乳中：規劃哺乳多久_____		
	<input type="checkbox"/> 其他：_____		

二、評估結果(請依評估情形勾選或敘明其他異常狀況)

1. 本次懷孕問題：

- (1) 孕吐 無 明顯 劇吐
- (2) 貧血 無 血紅素<9g/dL 血紅素<12g/dL
- (3) 妊娠水腫 無 1+ 2+ 3+ 4+
- (4) 妊娠蛋白尿 無 24小時的尿蛋白質超過 300mg
- (5) 高血壓 無
>140/90mmHg或妊娠後期之血壓比早期收縮壓高 30mmHg 或舒張壓升高 15mmHg
- (6) 妊娠毒血症 無 有
- (7) 其他問題
迫切性流產(妊娠22週未滿) 迫切性早產(妊娠22週以後) 多胞胎妊娠
羊水過少 羊水過多 早期子宮頸變薄(短) 泌尿道感染
妊娠糖尿病 前置胎盤 胎盤早期剝離 陰道出血(14週以後)
子宮收縮頻率過高(1小時超過4次以上) 超音波檢查胎兒結構異常
胎兒生長遲滯(>37 週且體重≤ 2500g) 家族遺傳疾病或其他先天性異常
- (8) 其他症狀 靜脈曲張 痔瘡 下背痛 膀胱炎 其他_____

2. 分娩後子宮復舊與哺乳情形：

- 子宮復舊良好 子宮復舊不全，請敘明 _____
- 哺乳情形，請敘明 _____

3. 其他檢查異常，請敘明：_____

4. 健康評估結果：

- 所從事之工作或以上健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康。
- 所從事之工作或以上健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康。
- 所從事之工作或以上健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康。

5. 所採取措施或建議：

- 定期追蹤檢查
- 提供孕期或產後健康指導
- 工作適性安排建議
- 縮減工時或業務量
- 變更工作場所或職務
- 停止工作(休養)
- 其他 _____

備註：1. 如無法開立此評估表，請將建議註記於孕婦健康手冊或另開立診斷書，提供學校參考。
2. 如對本工作適性評估或建議有疑慮，可再請職業醫學科醫師現場訪視，提供綜合之適性評估建議。

醫療院所：_____ 婦產科醫師(含醫師字號)：_____ 評估日期：_____

國立中山大學妊娠及哺乳期間作業危害告知聲明書

一、基本資料

姓名	身分證字號 外籍人士統一證號
目前狀態	<input type="checkbox"/> 懷孕：次數_____，週數_____，預產期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 產後：生產日_____。 <input type="checkbox"/> 未哺乳； <input type="checkbox"/> 哺乳中：規劃哺乳多久_____
評估結果	<input type="checkbox"/> 其他：_____
	經採取母性健康保護，風險等級為 <input type="checkbox"/> 第 1 級 <input type="checkbox"/> 第 2 級，且經醫師評估無害母體、胎兒或嬰兒健康。

二、服務單位主管聲明

我已依其危害評估控制建議及醫師適性評估建議，進行作業環境改善等健康保護措施，符合職業安全衛生法第三十一條採取母性健康保護措施。

簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

三、臨場服務之職業醫學專科醫師聲明

我已為當事人完成適性健康評估，評估結果無害母體、胎兒或嬰兒健康，並向當事人說明危害資訊。

簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

四、當事人聲明

臨場服務之職業醫學專科醫師已向我說明所從事之作業對目前身體健康上的危害資訊，而我所提出的疑慮已獲得清楚說明，也已經充分了解。因個人因素，願意留於原單位從事作業，並且為了確保健康，必定遵守相關作業防護與保護規定。

簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

<p>女性勞工母性健康保護實施辦法第十一條規定：雇主使保護期間之勞工從事第三條或第五條第二項之工作者，經採取母性健康保護，風險等級屬第一級或第二級管理者，經醫師評估無害母體、胎兒或嬰兒健康，並向當事人說明危害資訊，經當事人書面同意者，可繼續從事原工作。</p> <p>女性勞工母性健康保護實施辦法第三條：</p> <p><input type="checkbox"/> 具有依國家標準 CNS15030 分類，屬生殖毒性物質第一級、生殖細胞致突變性物質第一級或其他對哺乳功能有不良影響之化學品。</p> <p><input type="checkbox"/> 易造成健康危害之工作，包括勞工作業姿勢、人力提舉、搬運、推拉重物、輪班、夜班、單獨工作及工作負荷等。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關指定公告者。</p> <p>女性勞工母性健康保護實施辦法第五條第二項：雇主使前項之勞工，從事本法第三十條第一項第五款至第十四款及第二項第三款至第五款之工作，應實施母性健康保護。</p>	
<p>➤ 職業安全衛生法第三十條第一項第五款至第十四款之工作</p> <p><input type="checkbox"/> 處理或暴露於二硫化碳、三氯乙烯、環氧乙烷、丙烯醯胺、次乙亞胺、砷及其化合物、汞及其無機化合物等經中央主管機關規定之危害性化學品之工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 鑿岩機及其他有顯著振動之工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 一定重量以上之重物處理工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 有害輻射散布場所之工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 已熔礦物或礦渣之處理工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 起重機、人字臂起重桿之運轉工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 動力捲揚機、動力運搬機及索道之運轉工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 橡膠化合物及合成樹脂之滾輾工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 處理或暴露於經中央主管機關規定具有致病或致死之微生物感染風險之工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關規定之危險性或有性之工作。</p>	<p>➤ 職業安全衛生法第三十條第二項第三款至第五款之工作</p> <p><input type="checkbox"/> 鑿岩機及其他有顯著振動之工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 一定重量以上之重物處理工作。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關規定之危險性或有性之工作。</p>

國立中山大學母性健康保護流程

