

# 女性勞工母性健康保護實施辦法部分條文修正 條文

第三條 事業單位勞工人數在一百人以上者，其勞工於保護期間，從事可能影響胚胎發育、妊娠或哺乳期間之母體及嬰兒健康之下列工作，應實施母性健康保護：

- 一、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。
- 二、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。
- 三、其他經中央主管機關指定公告者。

第五條 雇主使保護期間之勞工暴露於本法第三十條第一項或第二項之危險性或有害性工作之作業環境或型態，應實施危害評估。

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。

前二條及前項之母性健康保護，雇主應參照中央主管機關公告之技術指引辦理之；事業單位勞工人數在一百人以上者，雇主另應依勞工作業環境特性、工作型態及身體狀況，訂定母性健康保護計畫，並據以執行。

第六條 雇主對於前三條之母性健康保護，應使職業安全衛生人員會同從事勞工健康服務醫護人員，辦理下列事項：

- 一、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、工作流程及工作型態等。
- 二、依評估結果區分風險等級，並實施分級管理。
- 三、協助雇主實施工作環境改善與危害之預防及管理。
- 四、其他經中央主管機關指定公告者。

雇主執行前項業務時，應依附表一填寫作業場所危害評估及採行措施，並使從事勞工健康服務醫護人員告知勞工其評估結果及管理措施。

第七條 勞工於保護期間，雇主應使從事勞工健康服務醫護人員與其面談，並提供健康指導及管理。

前項之面談，發現勞工健康狀況異常，需進一步評估或追蹤檢查者，雇主應轉介婦產科專科醫師或其他專科醫師，並請其註明臨床診斷與應處理及注意事項。

勞工於接受第一項之面談時，應依附表二填寫健康情形，並提供孕婦健康手冊予醫護人員。

第十一條 前二條風險等級屬第二級管理者，雇主應使從事勞工健康服務醫師提供勞工個人面談指導，並採取危害預防措施；屬第三級管理者，應即採取工作環境改善及有效控制措施，完成改善後重新評估，並由醫師註明其不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項。

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，經採取母性健康保護，風險等級屬第一級或第二級管理者，應經醫師評估可繼續從事原工作，並向當事人說明危害資訊，經當事人書面同意後，始得為之；風險等級屬第三級管理者，應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。

第十二條 對保護期間之勞工為適性評估者，雇主應將第六條、第七條之評估結果與最近一次之健康檢查、作業環境監測紀錄及危害暴露情形等資料，提供予勞工健康服務之醫師或職業醫學科專科醫師，並由醫師依附表三，提供工作適性安排之建議。

雇主應參照前項醫師之建議，採取必要之母性健康保護，對其建議有疑慮時，應再請職業醫學科專科醫師進行現場訪視，提供綜合之適性評估及變更工作條件、調整工時、調換工作等母性健康保護之建議。

第十六條 本辦法自中華民國一百零四年一月一日施行。

本辦法修正條文，除第三條及第五條第三項自中華民國一百十年三月一日施行外，自發布日施行。

附表一、作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

|                                                                                             |                                |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>一、作業場所基本資料</b>                                                                           |                                |                                |
| 部門名稱：                                                                                       |                                |                                |
| 作業型態： <input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他： |                                |                                |
| <b>二、作業場所危害類型</b>                                                                           |                                |                                |
| 危害特性評估概況：                                                                                   |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 物理性危害：_____                                                        |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 化學性危害：_____                                                        |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 生物性危害：_____                                                        |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 人因性危害：_____                                                        |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 工作壓力/職場暴力：_____                                                    |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 其他：_____                                                           |                                |                                |
| <b>三、風險等級</b>                                                                               |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 第一級管理                                                              | <input type="checkbox"/> 第二級管理 | <input type="checkbox"/> 第三級管理 |
| <b>四、改善及管理措施</b>                                                                            |                                |                                |
| 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：_____                                                                          |                                |                                |
| <b>五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽名）</b>                                                               |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽名_____                                                   |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 勞工健康服務醫師，簽名_____                                                   |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 勞工健康服務護理人員，簽名_____                                                 |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 人力資源管理人員，簽名_____                                                   |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 其他，部門名稱_____，職稱_____，簽名_____                                       |                                |                                |
| 執行日期：__年__月__日                                                                              |                                |                                |

附表二、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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |
| 姓名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 年齡： |
| 單位/部門名稱：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 職務： |
| 目前班別：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週；預產期____年____月____日<br><input type="checkbox"/> 本次妊娠有無多胎情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（多胞胎）<br><input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期____年____月____日）<br><input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳                                                                                                                                                                                                                             |     |
| 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"/> 蠶豆症<br><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"/> 蠶豆症<br><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）：<br><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)<br>2. 生產史：懷孕次數__次，生產次數__次，流產次數__次<br>3. 生產方式：自然產__次，剖腹產__次，<br>併發症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：<br>4. 過去懷孕病史：<br><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<br><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<br>5. 其他： |     |
| 五、妊娠及分娩後風險因子評估                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |
| <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 沒有規律產檢<br><input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 藥物，請敘明：<br><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)<br><input type="checkbox"/> 孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分<br>個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症<br>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：       |     |

## 六、自覺徵狀

無  出血  腹痛  痙攣  其他症狀：

備註：

1. 本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。
2. 請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予勞工健康服務醫師或護理人員。

附表三、妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性安排建議表

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>一、基本資料</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |
| 姓名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 年齡： |
| <input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週；預產期___年___月___日<br><input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期___年___月___日）<br><input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳<br><input type="checkbox"/> 身高：_____公分； 體重：_____公斤； BMI：_____；<br>血壓：_____mmHg<br><input type="checkbox"/> 工作職稱/內容：                                                                                                                                                                                                      |     |
| <b>二、健康問題及工作適性安排建議</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
| <p>1. 健康問題</p> <input type="checkbox"/> 無，大致正常<br><input type="checkbox"/> 有，請敘明診斷或不適症狀                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |
| <p>2. 管理分級</p> <input type="checkbox"/> 第一級管理（所從事工作或健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康）<br><input type="checkbox"/> 第二級管理（所從事工作或健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康）<br><input type="checkbox"/> 第三級管理（所從事工作或健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康）                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
| <p>3. 工作適性安排建議</p> <input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作<br><input type="checkbox"/> 可繼續從事工作，但須考量下列條件限制： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) 變更工作場所：</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 變更職務：</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 縮減職務量：               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 縮減工作時間：</li> <li><input type="checkbox"/> 縮減業務量：</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> (4) 限制加班（不得超過_____小時/天）</li> </ul> |     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> (5) 周末或假日之工作限制 (每月_____次)</p> <p><input type="checkbox"/> (6) 出差之限制 (每月_____次)</p> <p><input type="checkbox"/> (7) 夜班工作之限制 (輪班工作者) (每月_____次)</p> <p><input type="checkbox"/> 不可繼續工作，宜休養(休養期間：敘明時間 )</p> <p><input type="checkbox"/> 不可繼續工作，需住院觀察</p> <p><input type="checkbox"/> 其他具體之工作調整或生活建議<br/>(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<br/>內容：_____)</p> |
| 醫師 (含醫師字號)： _____ 執行日期： ____年__月__日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |