**職業醫學專科醫師訓練**

**(109年度)**

**執行單位：中華民國環境職業醫學會**

**訓練單位：**

**培訓醫師：**

**訓練期間： 年 月 日 ~ 年 月 日**

**訓練計畫主持人(簽名)：**

 **醫師之修業成果（在職生）**

|  |  |
| --- | --- |
| 紀錄表之修業規定 | 學生個人之修業進度 |
| 一、基本資料 |  |
| 二、門診訓練 | 已完成 個診次 |
| 三、臨床及實務訓練 |  |
| (1)職業病特別門診 | 已完成 個案例 |
| 　　(2)職業病防治中心職業衛生相關問題諮詢服務 | 已完成 例 |
| 　　(3)勞工特殊健檢實務 | 已完成 小時 |
| 　　(4)相關專科門診 |  |
| 　　　　[必修]皮膚科 | 已完成 個診次 |
| 　　　　[必修]神經科 | 已完成 個診次 |
| 　　　　[選修] 科 | 已完成 個診次 |
| 　　(5)勞工健檢門診 | 已完成 例 |
| 　　(6)職業病案例通報 | 已完成 個案例 |
| 　　(7)學術報告或演講 | 已完成 次 |
| 　　(8)調查研究 | 已完成 次 |
| 四、學術課程 | 已修滿 學分 |
| 五、實務管理及訓練 |  |
| 　　(1)工作危害認知 | 已完成 個現場訪視 |
| 　　(2)環境偵測採樣及分析 | 已完成 次 |
| 　　(3)如何選擇個人防護用具報告 | 已完成 次 |
| 　　(4)環境與職業場所健康風險評估 | 已完成 次 |
| 　　(5)設計企業/事業單位健康管理或健康促進計畫 | 已完成 次 |
| 　　(6)參與事業單位防疫計畫 | 已完成 次 |
| 　　(7)失能鑑定報告 | 已完成 例 |
| 　　(8)復工評估報告 | 已完成 例 |
| 六、論文研究 | 已完成 次 |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫院職業醫學專科醫師訓練記錄表**

一、基本資料：

申請醫師姓名： ，醫師執照證號：

學校： 大學(學院) 學院 所 組

二、門診訓練

1.每週參與1次以上門診醫療工作(每年至少50次)。

2.訓練單位、負責指導之專科醫師給予考核。

3.受訓醫師紀錄修業成果表及修業紀錄表，並有主治醫師或授課老師蓋章，診療紀錄保留備查。

| 序號 | 就診目的 | 日期年/月/日 | 時數 | 指導老師簽章 | 職業傷病名稱及病歷號 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |
| 51 |  |  |  |  |  |
| 52 |  |  |  |  |  |
| 53 |  |  |  |  |  |
| 54 |  |  |  |  |  |
| 55 |  |  |  |  |  |
| 56 |  |  |  |  |  |
| 57 |  |  |  |  |  |
| 58 |  |  |  |  |  |
| 59 |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |
| 61 |  |  |  |  |  |
| 62 |  |  |  |  |  |
| 63 |  |  |  |  |  |
| 64 |  |  |  |  |  |
| 65 |  |  |  |  |  |
| 66 |  |  |  |  |  |
| 67 |  |  |  |  |  |
| 68 |  |  |  |  |  |
| 69 |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |
| 71 |  |  |  |  |  |
| 72 |  |  |  |  |  |
| 73 |  |  |  |  |  |
| 74 |  |  |  |  |  |
| 75 |  |  |  |  |  |
| 76 |  |  |  |  |  |
| 77 |  |  |  |  |  |
| 78 |  |  |  |  |  |
| 79 |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |
| 81 |  |  |  |  |  |
| 82 |  |  |  |  |  |
| 83 |  |  |  |  |  |
| 84 |  |  |  |  |  |
| 85 |  |  |  |  |  |
| 86 |  |  |  |  |  |
| 87 |  |  |  |  |  |
| 88 |  |  |  |  |  |
| 89 |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |
| 91 |  |  |  |  |  |
| 92 |  |  |  |  |  |
| 93 |  |  |  |  |  |
| 94 |  |  |  |  |  |
| 95 |  |  |  |  |  |
| 96 |  |  |  |  |  |
| 97 |  |  |  |  |  |
| 98 |  |  |  |  |  |
| 99 |  |  |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  |  |

主持人簽章：

三、臨床及實務訓練：

1. 職業病診療（職業病特別門診至少對10個職業醫學案例提出書面報告）。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 |  日期 | 姓名 | 何種職業病或其他疾病 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附至少10個職業病特別門診之職業醫學案例書面報告)

\*職業醫學案例書面報告，除初診紀錄單外，應檢附完整職業病報告佐證。

\*現場訪視至少3例以上。

主持人簽章：

※ 請依序放入10個職業病特別門診職業醫學案例書面報告

(2)職業病防治諮詢（職業病防治中心職業衛生相關問題諮詢服務至少10例）

參考格式:

1. 個案資料與職業概況
2. 職業病評估
3. 結論與建議

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 |  日期 |  姓名 | 何種職業病或其他疾病 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附10個職業衛生相關問題的諮詢服務之書面報告)

\*職業病防治諮詢需附個案報告

主持人簽章：

※ 請依序放入10個職業衛生相關問題的諮詢服務之書面報告

(3.) 職業醫學相關的臨床學科訓練－塵肺症之X 光判讀：（至少12 小時）

參考格式:

1. 諮詢者與時間、問題敘述
(病史、職業概況)
2. 回答內容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 日期年／月／日 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

主持人簽章：

(4.)職業醫學相關的臨床學科訓練－肺功能檢查之操作與判讀：（至少4小時）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 日期年／月／日 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

主持人簽章：

(5.)職業醫學相關的臨床學科訓練－各項神經學特殊檢查之技巧與結果判讀 （包括肌電圖與神經傳導速度檢查至少4 小時）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 日期年／月／日 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

主持人簽章：

(6.) 職業醫學相關的臨床學科訓練－聽力計檢查之操作與判讀：（至少4小時）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 日期年／月／日 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

主持人簽章：

(7.)職業醫學相關的臨床學科訓練－醫學影像訓練（影像學-軟組織超音波至少4小時）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 日期年／月／日 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

主持人簽章：

(8.) 職業醫學相關的臨床學科訓練－醫學影像訓練（核磁共振造影MRI至少4小時）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 日期年／月／日 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

主持人簽章：

(9.) 職業醫學相關的臨床學科訓練－必修科目皮膚疾病鑑別診斷 ：與皮膚科專科醫師共同在門診見習診治病人。（至少12個診次）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診次 | 日期年／月／日 | 何種職業病或其他疾病 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

主持人簽章：

(10.)神經科：必修科目：與神經科專科醫師共同在門診見習診治病人。（至少12個診次）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診次 | 日期年／月／日 | 何種職業病或其他疾病 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

主持人簽章：

(11.1)胸腔科 ：與內科部胸腔科專科醫師共同在門診見習診治病人。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診次 | 日期年／月／日 | 何種職業病或其他疾病 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

主持人簽章：

(11.2)肝膽科：與內科部腸胃（肝）專科醫師共同在門診見習診治病人。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診次 | 日期年／月／日 | 何種職業病或其他疾病 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

主持人簽章：

(11.3)骨科：與骨科專科醫師共同在門診見習診治病人。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診次 | 日期年/月/日 | 何種職業病或其他疾病 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

主持人簽章：

其它專科:

(12) 健康檢查評估－勞工健檢門診(作90例)-

至少含2種特別危害作業共60例(需為勞工健康保護規則內所指之特別危害作業項目)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期 | 姓名 | 作業別/健康管理分級 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期 | 姓名 | 作業別/健康管理分級 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 31 |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |
| 51 |  |  |  |  |  |
| 52 |  |  |  |  |  |
| 53 |  |  |  |  |  |
| 54 |  |  |  |  |  |
| 55 |  |  |  |  |  |
| 56 |  |  |  |  |  |
| 57 |  |  |  |  |  |
| 58 |  |  |  |  |  |
| 59 |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期 | 姓名 | 作業別/健康管理分級 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 61 |  |  |  |  |  |
| 62 |  |  |  |  |  |
| 63 |  |  |  |  |  |
| 64 |  |  |  |  |  |
| 65 |  |  |  |  |  |
| 66 |  |  |  |  |  |
| 67 |  |  |  |  |  |
| 68 |  |  |  |  |  |
| 69 |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |
| 71 |  |  |  |  |  |
| 72 |  |  |  |  |  |
| 73 |  |  |  |  |  |
| 74 |  |  |  |  |  |
| 75 |  |  |  |  |  |
| 76 |  |  |  |  |  |
| 77 |  |  |  |  |  |
| 78 |  |  |  |  |  |
| 79 |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |
| 81 |  |  |  |  |  |
| 82 |  |  |  |  |  |
| 83 |  |  |  |  |  |
| 84 |  |  |  |  |  |
| 85 |  |  |  |  |  |
| 86 |  |  |  |  |  |
| 87 |  |  |  |  |  |
| 88 |  |  |  |  |  |
| 89 |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

主持人簽章：

(13.) 疾病與職業相關性判定：職業病案例通報（10例）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期年/月/日 | 作業別/健康管理分級 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附至少10個職業病病例通報書面報告)

\*提供10例職業病因果判定報告，摒除職業傷害個案，通報佐證可以複製通報畫面或彙整通報表格。

\*職業病病例通報指「職業傷病通報系統」且審核後至少為Possible案例。

\*至少4種以上職業病認定參考指引所列職業疾病。

主持人簽章：

※ 請依序放入10個職業病病例通報書面報告

14. 學術報告或演講：學術報告或演講至少4次，擔任推廣講師至少1 次

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期年/月/日 | 何種學術報告或演講 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附5個學術報告或演講報告之書面資料)

主持人簽章：

※ 請依序放入5個學術報告或演講報告之書面資料

15. 研究：調查研究（至少1項）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 主題 | 指導醫師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(請寫出調查研究(或論文)之名稱，並由指導老師簽章)

(此頁後面，必須附調查研究(或論文)之中(英)文摘要影本)

\*在學會發表研究結果(會訊、研討會或年會)或在醫學雜誌發表論文

主持人簽章：

※ 請放入調查研究(或論文)之中(英)文摘要影本

參考格式:

1. 題目
2. 參與研究者
3. 研究背景
4. 材料與方法
5. 結果與討論

四.學術課程

（在院外選修者，需備**課程綱要內容**說明，**經同意者**得抵免學分）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科 目 名 稱 | 必(選)修 | 小時 | 指導老師簽章 | 備註 |
| 毒物學 | 必修 | 32 |  |  |
| 環境職業病 | 必修 | 32 |  |  |
| 流行病學 | 必修 | 32 |  |  |
| 生物統計 | 必修 | 32 |  |  |
| 工業衛生 | 必修 | 32 |  |  |
| 環境醫學專題討論 | 必修 | 32 |  |  |

\*如無學分證明，需檢附學會規定之學術課程簽到表

主持人簽章：

五.實務管理及訓練

1. 作業場所之危害認知評估：

1.至少進行10事業單位、3種不同危害之現場訪視(如：人因、物理、化學、生物、心理)(10例)

2.至少參與兩種以上危害物質之環境偵測採樣及分析(2例)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期 | 事業單位名稱 | 地址 | 單元操作種類 | 指導老師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附10個不同類型事業單位之現場訪視報告)

(此頁後面，必須附2個工作現場之環境偵測採樣及分析報告)

主持人簽章：

參考格式:

1. 摘要(職場名稱、類型、訪視目的、時間、訪視人員)
2. 案件描述、背景介紹
3. 調查評估
4. 結論與建議
5. 參考文獻

※ 請依序放入10個不同類型事業單位之現場訪視報告

※ 請依序放入2個工作現場之環境偵測採樣及分析報告

1. 個人防護設備之使用與維護：(作5例)
2. 學習配合作業現場之危害認知評估，學習選用或建議各型個人健康防護設備與維護。
3. 個人防護具須附個案資料。
4. 健康危害評估與管理如何選擇個人防護用具報告(5次)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期 | 事業單位名稱 | 地址 | 單元操作種類 | 指導老師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附5例個人防護用具報告)

主持人簽章：

參考格式:

1. 個案背景陳述
2. 職業危害情形
3. 防護具使用之建議與報告

※ 請依序放入5例個人防護用具報告

1. 環境與職業場所健康的風險評估：(作10例)
2. 案例包含母性健康、過勞、致癌物質、特殊作業及人因工程等，每一種疾病類別不得超過**2**例，共10例。
3. 需為不同職場之案例評估。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 諮詢問題 | 日期年/月/日 | 指導老師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附10例環境與職業場所健康風險評估)

主持人簽章：

參考格式:

1. 事業單位名稱
2. 評估問題敘述
3. 類別
4. 評估方法
5. 結果與建議

※ 請依序放入10例環境與職業場所健康風險評估

1. 設計企業/事業單位健康管理或健康促進計畫：(作10例)

1.接受業界委託，配合工作環境之健康危害評估與健康檢查資料判讀（如流行病學），針對個別需要設計員工健康管理健康促進計畫，並協助業界追蹤管理其成效並作適度之修正。

2.至少含2個事業單位職業安全衛生(或健康管理)計畫評估報告。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期 | 事業單位名稱 | 地址 | 單元操作種類 | 指導老師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附 10 例健康管理或健康促進計畫)

(並含2例職場職業安全衛生計畫評估報告)

主持人簽章：

※ 請依序放入 10例健康管理或健康促進計畫

參考格式:

1. 事業單位概況
2. 實施計畫之方法
3. 結果與討論
4. 參與事業單位防疫計畫：設計規劃1家事業單位的防疫措施

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業單位名稱 | 指導老師簽章 | 備註 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(此頁後面，必須附1家事業單位的防疫計畫)

主持人簽章：

參考格式:

一.事業單位基本資料

二.計畫名稱

三.實施時間

四.參與單位(人員)

五.計畫內容與成效敘述

※ 請依序放入1家事業單位的防疫計畫

1. . 失能鑑定評估：參與訓練班聯合訓練至少4例、個別訓練至少2例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期年/月/日 | 姓名 | 疾病種類 | 整體障害百分比 | 指導老師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附6例失能鑑定評估報告)

\*請檢附學會規定之失能鑑定評估報告格式

主持人簽章：

※ 請依序放入6例失能鑑定評估報告

1. 復工評估：至少4例，每例疾病種類不可重複，一般性復工可納入案例。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期年/月/日 | 姓名 | 疾病種類 | 指導老師簽章 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(此頁後面，必須附上4例復工評估報告)

\*請檢附學會規定之復工評估報告格式

主持人簽章：

六. 論文研究(選修):

※ 請依序放入4例復工評估報告

得選擇與環境職業醫學相關之研究題目完成論文。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 報告名稱 | 指導老師簽章 | 備註 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

主持人簽章：

七.證書：

修滿課程成績合格，且經本計畫訓練指導委員會同意者，由環境職業醫學會發給環境職業醫學醫師訓練證明書。