

職業醫學專科醫師訓練

(113 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					

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
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					

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
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					

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
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

參考格式：

- (一) 個案資料與職業概況
- (二) 職業病評估
- (三) 結論與建議

(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）

序號	日 期	姓 名	何 種 職 業 痘 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

參考格式：

- (一) 諮詢者與時間、問題敘述
(病史、職業概況)
- (二) 回答內容

(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)

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：

- 一、題目
- 二、參與研究者
- 三、研究背景
- 四、材料與方法
- 五、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：

※ 請依序放入 10 個不同類型事業單位之現場訪視報告

參考格式：

- 一、摘要(職場名稱、類型、訪視目的、時間、訪視人員)
- 二、案件描述、背景介紹
- 三、調查評估
- 四、結論與建議
- 五、參考文獻

※ 請依序放入 2 個工作現場之環境偵測採樣及分析報告

(2.)個人防護設備之使用與維護：(作 5 例)

1. 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。
2. 個人防護具須附個案資料。
3. 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：

※ 請依序放入 5 例個人防護用具報告

參考格式：

- 一、個案背景陳述
- 二、職業危害情形
- 三、防護具使用之建議與報告

(3.) 環境與職業場所健康的風險評估：(作 10 例)

1. 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。
2. 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：

※ 請依序放入 10 例環境與職業場所健康風險評估

參考格式：

- 一、事業單位名稱
- 二、評估問題敘述
- 三、類別
- 四、評估方法
- 五、結果與建議

(4.) 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：

- 一. 事業單位概況
- 二. 實施計畫之方法
- 三. 結果與討論

(5.) 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：

※ 請依序放入 1 家事業單位的防疫計畫

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

(6.). 失能鑑定評估：參與聯合訓練至少 6 例(含學會舉辦之課程、跨院聯合訓練等)。

序號	日期 年/月/日	姓名	疾病種類	整體障礙 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

(7.)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：

※ 請依序放入 4 例復工評估報告

六. 論文研究(選修):

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。