

農民職業災害保險職業病診斷書

(限職業病專用)

患者 姓名			身分證號(或居留證號)											
			出生日期		民國 年 月 日									
診斷 病名			國際疾病代碼		職業病門診 初診日期		年 月 日							
醫療期間	住院治療	自 年 月 日起至 年 月 日止，共 天。												
	門診治療	自 年 月 日起至 年 月 日止，共 次。												
資料來源	<input type="checkbox"/> 詳細問診資料 <input type="checkbox"/> 現場（訪視）照片或影片（請附後） <input type="checkbox"/> 其他_____				資料 提供者		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 其他_____							
(一) 職業暴露狀況	農作史：計算發病前暴露年數(下列各欄若空間不足，請以另紙書寫)													
	農作場域及農作情形： 使用之化學藥品、機械設備：													
(二) 疾病診斷	過去病史：													
	身體檢查與臨床發現： 診斷工具(<input type="checkbox"/> 臨床檢查 <input type="checkbox"/> 實驗室檢查 <input type="checkbox"/> 影像檢查 <input type="checkbox"/> 神經傳導檢查 <input type="checkbox"/> 肺功能檢查 <input type="checkbox"/> 其他：_____)： 疾病確診日期：_____年_____月_____日													

