

# 勞工職業災害保險職業病評估報告書

## (申報職業醫學科診斷性會談費專用)

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號碼 (居留證或護照號碼)		出生日期	民國 年 月 日
診斷病名		病歷號碼	

本院之檢查診療情形：

門診自 年 月 日至 年 月 日，共 次。

住院自 年 月 日至 年 月 日，共 次，共 天。

綜合該患者之臨床表現，職業暴露史及檢查數據，該患者職業病之評估結果：

一、符合「勞工職業災害保險職業病種類表」之第\_\_\_\_\_類，第\_\_\_\_\_項。

二、非上開表列疾病，職業病名稱：\_\_\_\_\_，有害物質、危害因素、  
致癌物質或致癌特定製程：\_\_\_\_\_。

(請於背面敘明相關調查評估)

以上病人經本醫療院所職業醫學專科醫師評估屬實  
特予此報告。

醫事服務機構名稱：

醫事服務機構代號：

主治醫師簽章： \_\_\_\_\_

專科醫師證照號碼：( ) 職醫字第\_\_\_\_\_號。

填具日期：中華民國 年 月 日

## 一、職業暴露狀況（若空間不足請另附）

資料來源：☐詳細問診資料 ☐提供現場照片或影片 ☐其他

職業別：

工作史：

工作場所評估：

## 二、疾病診斷

過去病史：

理學檢查與臨床發現：

實驗室檢查：

評估日期：

## 三、評估過程

罹病之證據：

暴露之證據：

時序性：

醫學文獻之佐證：

其他致病因之考量：

綜合評估：

## 四、參考文獻