

補助全國職業傷病網絡醫院及職業疾病通報者申請表

一、參加職業傷病防治中心之區域：(以勾選所在地區一家防治中心申請補助為限)

北區：國立臺灣大學醫學院附設醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、臺北榮民總醫院：
(轄區包括基隆市、新北市、臺北市、桃園縣、新竹縣、新竹市、宜蘭縣、花蓮縣及連江縣等地區)中區：中國醫藥大學附設醫院、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、中山醫學大學附設
醫院：(轄區包括苗栗縣、臺中市、南投縣、彰化縣、雲林縣)南區：財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院、國立成功大學醫學院附設醫院：(轄區包括
嘉義縣、嘉義市、臺南市、高雄市、屏東縣、臺東縣、澎湖縣及金門縣等地區)

二、申請加入日期：民國_____年_____月_____日

三、申請醫療機構名稱 (或通報醫師姓名)：_____

證明文件：醫療機構開業執照證明影本 醫師執業執照證明影本 (請勾選)

四、聯絡地址：_____ 醫療機構負責人：(未開設門診，僅職業疾病通報者免填)

五、醫療機構開設門診之醫師姓名：_____；簽名：_____

證明文件：具職業醫學專科醫師證明影本具辦理勞工體格及健康檢查認可醫療機構醫師職業醫學訓練或從事
勞工健康服務醫師訓練合格證明影本 (請勾選) (註：職業疾病通報者免填)六、每週開設職業病門診時間(請打勾)：

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午							
下午							
夜間							

證明文件：本門診時間列於醫院門診時間表或公告於醫院網路之證明文件影
本。若門診為其他診治科別所提供之服務，亦應有可同時提供勞
工職業病門診之說明文字，例如：家庭醫學科 (同時提供職業病
門診)。非開設職業病門診服務，僅為職業疾病通報(請打勾)

七、醫療機構通報者姓名與職稱：_____；服務單位 (科別)：_____

生日：_____；身份證字號：_____；聯絡電話：_____

傳真：_____；E-mail：_____ (以上資料僅作為通報帳號申請使用)

八、服務區域防治中心：區職業傷病防治中心 (○○醫院)：

計畫主持人簽章：_____

民國_____年_____月_____日

九、職業傷病管理服務中心審查結果：

計畫主持人簽章：_____

民國_____年_____月_____日

收 據

茲領到勞動部職業安全衛生署下列款項：

事由		____年度補助全國職業傷病網絡醫院及職業疾病通報者補助款						
補助類型		<input type="checkbox"/> 職業病門診 (共____診次) <input type="checkbox"/> 職業病通報 (共____例) <input type="checkbox"/> 轉介通報 (共____例) <input type="checkbox"/> 疑似職業病現場訪視報告或職業病評估報告書 (共____份)						
領款單位 (姓名)								
金額		大寫	新臺幣	萬	仟	佰	拾	元整
		小寫						
撥款 帳戶	銀行	_____銀行 _____分行						
	戶名							
	帳號							
領款 單位 (人) 基本 資料	統一編號 (身分證字號)							
	聯絡電話							
	郵寄地址 (寄送扣繳憑單用)	□□□-□□						

以上如有虛報或浮報等情事，願負一切法律責任，除應追繳該部分補助經費外，如有涉及刑事責任者，依法移送偵辦

領款單位/人： (蓋印/簽名)

負責人： (蓋印)

中華民國 年 月 日

註：請務必正確填寫以上資料，並字體工整，以維權益。

疑似職業病診斷報告與轉介單

一、基本資料

個案姓名	性別
年齡	電話
住址	
通報醫院	個案（通報）編號
通報日期	診斷（轉介）醫師

二、疾病診斷

診斷中文名稱
診斷英文名稱
ICD-9 診斷碼
發病日期
診斷日期

三、職業暴露狀況

行業別
與本次疾病相關之工作內容
暴露或危害因子
暴露或危害因子之暴露時間

四、認定疑似職業病之主要理由

五、後續服務過程與處理結果【網絡醫院僅需填（一）】

（一）向病人解釋為疑似職業疾病，並給予教育，經解釋與教育後，

個案是否有意願至職業傷病防治中心接受後續診治

是（請註明至○○醫院）
否（請說明原因）

（二）個案是否已至轉介之職業傷病防治中心接受後續診治

是，防治中心提供服務的方式： 電話諮詢 親自到診，
實際服務第一次的時間為_____年_____月_____日

否（請填寫無法轉介成功的的原因）

（三）防治中心診治結果：

職業病
執行職務所致疾病或與作業有相當因果關係疾病
非職業疾病

註：防治中心需將轉介處理結果回覆網絡醫院與副知管理服務中心。

疑似職業病現場訪視報告格式

一、摘要

二、案件描述與背景介紹

(一)疾病名稱

(二)職業暴露資料

三、調查評估

(一)調查目的

(二)職業暴露調查評估

(三)職業醫學調查評估

四、調查結果與討論

(一)罹病之證據

(二)暴露之證據

(三)時序性

(四)流行病學資料

(五)合理排除其他可能致病原因

五、結論與建議

六、參考文獻

註：可在適當欄位內補充加入訪視日期、人員相關圖、表等內容。

職業病評估報告書

姓 名										性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號碼										病歷號碼	
連絡電話										出生日期	民國 年 月 日
地 址											
診斷病名											
提供資料者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 其他：_____							病 人 是 否 已 往 生	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
本院之檢查診療情形及結果：											
1. 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											
2. 此疾病之檢查結果：											
疾病之預後及建議事項：											
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：											
<input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 執行職務所致疾病或與作業有相當因果關係疾病 <input type="checkbox"/> 非職業病											
依據「勞工保險職業病種類表」：											
<input type="checkbox"/> 符合種類表之第 _____ 類，第 _____ 項。 或增列勞工保險職業病種類之第 _____ 類。 <input type="checkbox"/> 未列於職業病種類表											
網絡醫院專用章	以上病人經本院職業醫學專科醫師評估屬實 特予此報告。 主治醫師： () 職醫字第 _____ 號。 開具日期：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：廠訪 提供現場照片或影片(請附) 詳細問診資料

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

◎本評估報告，僅提供勞保職業病補償給付申請之用，實際認定之結果依勞工保險局之審定結果為依據。