

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。