

元智大學 呼吸防護具醫療生理評估問卷

一、基本資料			
姓名		系所/學號	
性別		連絡電話	
出生年月日		身高/體重	_____ cm/ _____ kg
二、呼吸防護具使用情形			
1. 請問過去或未來將使用呼吸防護具？ <input type="checkbox"/> 否(結束該問卷) <input type="checkbox"/> 是(請續填下方問卷)			
請簽名: _____		填寫日期: _____	
2. 請問所使用的呼吸防護具類型？ <input type="checkbox"/> N, R 或 P 型過濾式口罩 <input type="checkbox"/> 半面式濾罐型防毒面罩 <input type="checkbox"/> 全面式濾罐型防毒面罩 <input type="checkbox"/> 動力淨氣式 (PAPR) <input type="checkbox"/> 輸氣管式 (SAR) <input type="checkbox"/> 自攜式呼吸器 (SCBA)			
3. 使用呼吸防護具之頻率及時間？ <input type="checkbox"/> 僅限緊急救援或逃生時 <input type="checkbox"/> 每週小於 5 小時 <input type="checkbox"/> 每天小於 2 小時 <input type="checkbox"/> 每天 2 至 4 小時 <input type="checkbox"/> 每天超過 4 小時			
4. 工作內容是否會暴露以下危害因子？ (可複選) <input type="checkbox"/> 心肺高負荷工作，例如人工負重或施力超過 20 公斤、頻繁爬梯或爬階等作業 <input type="checkbox"/> 低溫環境 <input type="checkbox"/> 高溫環境 <input type="checkbox"/> 潮濕環境 <input type="checkbox"/> 缺氧環境 <input type="checkbox"/> 局限空間 <input type="checkbox"/> 以上皆無			
三、過去病史			
5. 是否曾被醫師診斷下列疾病？ (可複選) <input type="checkbox"/> 肺部疾病：氣喘、肺炎、肺結核、氣胸、肋骨骨折、胸部外傷等 <input type="checkbox"/> 心血管疾病：高血壓、中風、心絞痛、心肌梗塞、心律不整、心衰竭等 <input type="checkbox"/> 視力問題：失明、色盲、佩戴 (隱形) 眼鏡等 <input type="checkbox"/> 聽力問題：聽力損失、耳膜破裂、耳部外傷、佩戴助聽器等 <input type="checkbox"/> 皮膚或呼吸道過敏 <input type="checkbox"/> 肌肉骨骼疾病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 幽閉恐懼症 <input type="checkbox"/> 其他： _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> 以上皆無			
6. 是否需規律服用藥物或曾經接受手術治療？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，診斷或手術名稱： _____			
7. 最近三個月內是否有抽菸？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，每天吸 _____ 支			
<< 請續填背面 >>			

四、目前健康狀態 (新進人員若尚未使用呼吸防護具，不需填答第 9 及第 10 題)

8.最近三個月內是否曾發生以下不適情形？(可複選)

- 呼吸急促、易喘 運動耐力降低 咳嗽、咳痰 哮喘(呼吸有咻咻聲)
胸悶、胸痛 心悸、心搏過速 眼睛不適 耳部不適
皮膚過敏或紅疹 焦慮、恐慌 全身倦怠、無力 抽搦、痙攣
頭頸、腰背或四肢痠痛 頭頸、腰背或四肢關節活動度侷限
膝蓋彎曲或蹲跪困難 爬梯或爬階困難
以上皆無

9.使用呼吸防護具時，前一題所勾選不適情形，是否較容易發生或惡化？

- 否 是，不適症狀：_____

10.是否有其他任何健康問題或疑慮，影響您佩戴呼吸防護具？

- 否 是，請簡述：_____

為維護個人權益及隱私，本問卷所填寫資訊，僅限執行呼吸防護計畫之醫護及安衛人員，於實施生理評估及後續管理措施時使用，並依法保存紀錄。

五、綜合評估與建議 (本欄由臨場健康服務醫護人員評估後填寫)

◎書面審查 面談評估

◎醫療建議:

提供衛生教育與健康指導：_____

轉介就醫：_____

其他：_____

◎呼吸防護具及工作適性建議:

適用目前呼吸防護具

適任目前工作內容

呼吸防護具選用建議：_____

工作內容調整建議：_____

其他：_____

評估醫療人員簽名:

評估日期: