

妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表

一、基本資料	
姓名：	年齡：
單位/部門名稱：	職務：
目前班別：	
☐ 妊娠週數_____週；預產期____年____月____日 ☐ 本次妊娠有無多胎情形： ☐ 無 ☐ 有（多胞胎） ☐ 分娩後（分娩日期____年____月____日） ☐ 哺乳 ☐ 未哺乳	
二、過去疾病史	
☐ 無 ☐ 氣喘 ☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 心血管疾病 ☐ 蠶豆症 ☐ 腎臟或泌尿系統疾病 ☐ 其他：	
三、家族病史	
☐ 無 ☐ 氣喘 ☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 心血管疾病 ☐ 蠶豆症 ☐ 腎臟或泌尿系統疾病 ☐ 其他：	
四、婦產科相關病史	
1. 免疫狀況（曾接受疫苗注射或具有抗體）： ☐ B 型肝炎 ☐ 水痘 ☐ MMR (麻疹-腮腺炎-德國麻疹) 2. 生產史：懷孕次數____次，生產次數____次，流產次數____次 3. 生產方式：自然產____次，剖腹產____次，併發症： ☐ 否 ☐ 是： 4. 過去懷孕病史： ☐ 無 ☐ 先天性子宮異常 ☐ 子宮肌瘤 ☐ 子宮頸手術病史 ☐ 曾有第 2 孕期 (14 週) 以上之流產 ☐ 早產 (懷孕未滿 37 週之生產) 史 5. 其他：	
五、妊娠及分娩後風險因子評估	

☐ 無 ☐ 沒有規律產檢 ☐ 抽菸 ☐ 喝酒 ☐ 藥物，請敘明： ☐ 年齡 (未滿 18 歲或大於 40 歲) ☐ 生活環境因素 (例如熱、空氣汙染) ☐ 孕前體重未滿 45 公斤、身高未滿 150 公分個人心理狀況： ☐ 焦慮症 ☐ 憂鬱症 睡眠： ☐ 正常 ☐ 失眠 ☐ 需使用藥物 ☐ 其他：

六、自覺徵狀

☐ 無 ☐ 出血 ☐ 腹痛 ☐ 痙攣 ☐ 其他症狀：

備註：

- | |
|--|
| 1. 本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。
2. 請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予勞工健康服務醫師或護理人員。 |
|--|