

妊娠及分娩後未滿 1 年之勞工健康情形自我評估表

Self-assessment form for workers' health status less than one year after pregnancy and childbirth

(本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊)

(This form is filled out by the worker themselves and can be referred to the maternity health handbook)

一、基本資料 1. Basic Information	
姓名(Name)：	年齡(Age)：
單位/部門名稱(Unit/Department)：	職務(Job Title)：
目前班別(Current Working Hours)：	
<input type="checkbox"/> 妊娠週數 _____ 週；預產期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> Gestational weeks _____; Due date _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day) <input type="checkbox"/> 本次妊娠有無多胎情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (多胞胎) <input type="checkbox"/> Multiple births in the current pregnancy: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (multiple births) <input type="checkbox"/> 分娩後 (分娩日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳 <input type="checkbox"/> After child birth: Date of birth _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day) <input type="checkbox"/> Lactation <input type="checkbox"/> No lactation	
二、過去疾病史 2. Disease history	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiovascular disease <input type="checkbox"/> G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他： _____ <input type="checkbox"/> Kidney or urinary system disease <input type="checkbox"/> Other： _____	
三、家族病史 3. Family history	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiovascular disease <input type="checkbox"/> G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他： _____ <input type="checkbox"/> Kidney or urinary system disease <input type="checkbox"/> Other： _____	
四、婦產科相關病史 4. Related OBGYN history	
1. 免疫狀況 (曾接受疫苗注射或具有抗體)： Immunity (prior vaccination or presence of antibodies)： <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> MMR (麻疹-腮腺炎-德國麻疹) <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Chicken pox <input type="checkbox"/> MMR (Measles-Mumps-Rubella)	
2. 生產史：懷孕次數 _____ 次，生產次數 _____ 次，流產次數 _____ 次 History of child births: Number of pregnancies _____, number of deliveries _____, number of miscarriages _____	
3. 生產方式：自然產 _____ 次，剖腹產 _____ 次，併發症：<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： Delivery method: Normal spontaneous delivery _____, C-section _____, complications: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____	
4. 過去懷孕病史：<input type="checkbox"/> 以下皆無 Pregnancy history: <input type="checkbox"/> None	

- 先天性子宮異常 子宮肌瘤 子宮頸手術病史
 Congenital uterine abnormality Uterine fibroids Cervical procedure
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
 Prior miscarriage in the second trimester (14 weeks) Premature birth (child birth in less than 37 weeks)

5.其他：_____ Other：_____

五、妊娠及分娩後風險因子評估 5. Assessment of pregnant and postpartum risk factors

- 以下皆無 沒有規律產檢
 None Absence of periodic prenatal checks
抽菸 喝酒 藥物，請敘明：
 Smoking Drinking Medication - please specify: _____
年齡(未滿 18 歲或大於 40 歲)
 Age (less than 18 years old or more than 40 years old)
生活環境因素(例如熱、空氣汙染)
 Living environment (e.g. heat, air pollution)
孕前體重未滿 45 公斤、身高未滿 150 公分
 Prenatal weight less than 45 kg and height less than 150 cm
 個人心理狀況：正常 焦慮症 憂鬱症 其他：
 Personal psychological health: Anxiety Depression Other _____
 睡眠：正常 失眠 需使用藥物 其他：
 Sleep: Insomnia Need for medication Other

六、自覺徵狀 6. Self-aware Symptoms

- 無 出血 腹痛 痙攣 其他症狀：
 No Bleeding Diarrhea Cramps Other symptoms _____

填寫人簽名 (Signature)：_____

填表日期 (Date of completion)：_____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day)