

附表二、作業場所危害調查及呼吸防護具選用參考表格

製表日期：

製表人：

部門	員工編號	作業區域	作業項目/ 作業內容	工作負 荷強度 註1	可能暴露有害物之資訊				其他危 害(如 高溫)	是否 缺氧	防護具種類				
					有害物 名稱	測定 濃度	容許濃度 (PEL) 註2	IDLH			廠 牌	面體 型號	濾毒罐/ 濾材型號	國際認 證種類	吐氣/吸氣 阻抗

註1：輕度至中度工作 (<200仟卡/小時；2-3 METs)：持續性坐姿作業、長時間站立或平地無負重行走(速度小於4.5公里/小時)、經常搬抬4.5公斤以下物件。

中度至重度工作 (200-350仟卡/小時；4-5 METs)：經常搬抬4.5公斤以上物件、偶爾搬抬9~23公斤物件。

重度以上工作 (>350仟卡/小時；5-10 METs)：經常攜帶11.4公斤以上物件行走或站立、救災及緊急應變。

註2:容許濃度包含8小時日時量平均容許濃度、短時間時量平均容許濃度、最高容許濃度。

附表三、生理評估問卷

【第一部分：由執行呼吸防護計畫相關人員填寫】

一、基本資料

1. 勞工姓名：_____
2. 年齡：_____歲
3. 性別：男 女
4. 身高：_____cm
5. 體重：_____kg
6. 職稱：_____

二、呼吸防護具資訊

1. 勞工過去是否曾經使用過呼吸防護具？
是，類型：
否
2. 勞工目前須戴用的呼吸防護具種類（可複選）？
過濾面體式口罩（即拋棄式防塵口罩，如 N95 口罩，不含平面式口罩）
半面體面罩
全面體面罩（請作業人員填寫第三部分問答）
動力淨氣式呼吸防護具
輸氣管面罩
自攜式呼吸防護具（請作業人員填寫第三部分問答）
3. 勞工目前須戴用的呼吸防護具面體是否搭配其他呼吸防護濾材一起使用？
搭配高效率空氣濾材（HEPA）使用
搭配過濾氣狀有害物之濾罐使用
搭配過濾粒狀有害物之濾匣或濾棉
否
4. 勞工目前使用呼吸防護具時，是否搭配其他的個人防護裝備？
防護衣型號、類型：
其他：
5. 勞工目前呼吸防護具使用時間的長度及頻率？
只有逃生時用
只有緊急救援時用
每週小於5小時
每天小於2小時
（5）每天2-4小時
（6）每天超過4小時

三、工作類型

1. 工作負荷：
輕度至中度工作（<200仟卡/小時；2-3 METS [代謝當量]）：持續性坐姿作業、長時間站立或平地無負重行走（速度小於4.5公里/小時）、經常搬抬4.5公斤以下物件。
平均持續時間：_____小時_____分鐘。
中度至重度工作（200-350仟卡/小時；4-5 METs）：經常搬抬4.5公斤以上物件、偶爾搬

抬9~23公斤物件。

平均持續時間：_____小時_____分鐘。

重度以上工作 (>350仟卡/小時；5-10 METs)：經常攜帶11.4公斤以上物件行走或站立、救災及緊急應變。

平均持續時間：_____小時_____分鐘。

偶爾：小於三分之一的工作時間；經常：約三分之二工作時間；持續：大於三分之二工作時間。

2. 工作環境：

高溫環境：綜合溫度熱指數 (WBGT) _____

高氣溫戶外作業 (Heat Index, HI) _____

極低溫環境：環境溫度：_____

潮濕環境

高海拔 (超過1500公尺) 或低於正常含氧量環境

其他：_____環境

上述環境下戴用防護具之工作時間及工作情形：

3. 請描述任何作業人員在使用呼吸防護具時會遇到特別或有害的情形 (例如局限空間、威脅生命的氣體)

4. 請提供作業人員在使用呼吸防護具時，會暴露到的有害物質之資訊；

(1) 第一種物質名稱：_____

預估每一班別會暴露的最高濃度：_____

每一班別暴露的時間長短：_____

(2) 第二種物質名稱：_____

預估每一班別會暴露的最高濃度：_____

每一班別暴露的時間長短：_____

(3) 第三種物質名稱：_____

預估每一班別會暴露的最高濃度：_____

每一班別暴露的時間長短：_____

5. 請描述作業人員在使用呼吸防護具時，同時會負擔的特殊責任，其可能會影響其他人的安全和福祉 (例如：救援、保全)：

四、執行人員及日期

勞工健康服務之醫師，簽章：_____

勞工健康服務之護理人員，簽章：_____

職業安全衛生人員，簽章：_____

其他；部門名稱：_____，職稱：_____ 簽章：_____

執行日期： 年 月 日

【第二部分：由作業人員填寫】

有勾選※標註之項目（但不限於，各事業單位應依暴露與危害特性適當調整，不限於本問卷預設標註項目），則應轉請職業醫學科專科醫師或從事勞工健康服務醫師進一步評估其是否適合戴用呼吸防護具。

一、工作史

1. 在工作或居家環境中是否曾經呼吸道或皮膚黏膜暴露有害化學物質？
是，化學物質名稱：_____。
否。

二、過去病史

1. 您是否曾經被醫師診斷出有以下的疾病？請打勾。
※是 否 (1) 癲癇。
是 否 (2) 糖尿病。
是 否 (3) 呼吸道過敏反應。
是 否 (4) 在密閉空間感到恐懼。
※是 否 (5) 嗅覺問題。
2. 您是否曾經被醫師診斷出有下述肺部相關疾病？請打勾。
※是 否 (1) 塵肺症。
是 否 (2) 氣喘。
※是 否 (3) 慢性支氣管炎。
※是 否 (4) 肺氣腫（或大泡性肺疾病）。
是 否 (5) 肺高壓。
是 否 (6) 肺炎。
是 否 (7) 肺結核。
是 否 (8) 氣胸。
※是 否 (9) 肺癌。
是 否 (10) 肋骨骨折。
是 否 (11) 任何胸部外傷或手術。
是 否 (12) 聲帶窄縮或相關疾病。
是 否 (13) 其他您曾被告知的肺部與呼吸道疾病。
3. 您是否曾經被醫師診斷出有以下心臟或心血管疾病？請打勾。
※是 否 (1) 心臟病。
※是 否 (2) 中風。
※是 否 (3) 心絞痛。
※是 否 (4) 心衰竭。
是 否 (5) 腿或腳有水腫情況（非走路造成的）。
是 否 (6) 心律不整（心跳不規則）。
是 否 (7) 高血壓。
是 否 (8) 其他您曾被告知的心臟或心血管問題，請說明：
_____。

三、現在健康狀態

1. 您現在或最近一個月內是否有抽菸？

是，頻率：_____包/天。

否。

2. 您是否現在有以下**肺部**疾病或症狀？請打勾。

※是 否 (1) 呼吸急促。

※是 否 (2) 與同年紀的人一起行走，有明顯落後並感覺喘。

※是 否 (3) 在平地行走時有呼吸急促情形。

※是 否 (4) 一般速度行走於平地時必須停下來呼吸再走。

※是 否 (5) 洗澡或穿衣時有呼吸急促。

※是 否 (6) 呼吸急促情形會影響工作。

※是 否 (7) 咳嗽時有濃稠的痰。

是 否 (8) 早晨時因咳嗽而醒來。

是 否 (9) 咳嗽大部分發生在平躺時。

是 否 (10) 最近一個月有咳血。

※是 否 (11) 哮喘（呼吸時有咻咻聲）

※是 否 (12) 哮喘會影響工作。

是 否 (13) 深呼吸時感到胸部疼痛。

是 否 (14) 其它您認為可能是肺部引起的症狀。

3. 您是否曾經有以下**心臟或心血管**症狀？請打勾。

※是 否 (1) 時常感覺到胸痛或胸悶。

※是 否 (2) 活動時感動胸痛或胸悶。

※是 否 (3) 胸痛或胸悶會影響您的工作。

是 否 (4) 過去兩年內是否曾感覺到心跳有時會停頓一下或少跳一下。

是 否 (5) 與進食無關的胃食道逆流或消化不良。

是 否 (6) 其他您認為可能有關心臟或心血管之症狀。

四、用藥情形

1. 您是否現在有因以下問題而服用藥物？請打勾。

※是 否 (1) 心臟問題。

※是 否 (2) 呼吸問題。

是 否 (3) 控制血壓。

※是 否 (4) 癲癇（羊癲瘋）。

五、過去使用呼吸防護具是否有不適之症狀與經驗

1. 在您使用呼吸防護具的經驗當中，是否曾經有下述問題？請打勾。

是 否 (1) 眼睛不舒服。

是 否 (2) 皮膚過敏或紅疹。

※是 否 (3) 焦慮。

是 否 (4) 全身無力或疲倦。

是 否 (5) 其他干擾您使用呼吸防護具問題，請說明：_____。

2. 配戴呼吸防護具的過程中，是否有不好的使用經驗？請打勾。

是，請說明：_____。

否

六、填寫者簽章：_____ 填寫日期：_____年 _____月 _____日

【第三部分：由戴用「全面體面罩」及「自攜式呼吸防護具」的作業人員填寫】

一、過去病史

1. 您是否曾經出現暫時性或永久性失明？
是 否
2. 您是否曾經有過耳朵傷害，包括耳膜破裂？
是 否
3. 您是否曾經有背部傷害？
是 否

二、現在健康狀態

1. 您現在是否有以下視力問題？請打勾。
是 否 (1) 配戴隱形眼鏡。
是 否 (2) 配戴眼鏡。
是 否 (3) 色盲。
是 否 (4) 其他眼睛或視力的問題，請說明：

2. 您現在是否有下述聽力的問題？請打勾。
是 否 (1) 聽力困難。
是 否 (2) 配戴助聽器。
是 否 (3) 其他耳朵或聽力的問題，請說明：

3. 您現在是否有下述骨骼肌肉的問題？請打勾。
是 否 (1) 手臂、手、腿或腳是否感到無力。
是 否 (2) 背痛。
是 否 (3) 手臂和腿難以完全移動。
是 否 (4) 前傾或後仰時，腰部感到疼痛或僵硬。
是 否 (5) 頭難以上下移動。
是 否 (6) 頭難以左右移動。
是 否 (7) 膝蓋難以彎曲。
是 否 (8) 難以蹲下。
是 否 (9) 難以爬一段樓梯或攜帶超過11公斤的梯子。
是 否 (10) 其他干擾您使用呼吸防護具之肌肉或骨骼的問題，請說明：

填寫者簽名：_____

填寫日期： 年 月 日

【第四部分：以下由執行生理評估或醫學評估之醫護人員填寫】

1. 經評估勞工之調查表或進一步醫學評估，該勞工能夠使用以下呼吸防護具：

- 半面體、負壓淨氣式呼吸防護具。
- 全面體、負壓淨氣式呼吸防護具。
- 全面體、正壓供氣式呼吸防護具及自攜式呼吸防護具。

2. 勞工戴用呼吸防護具時，已告知員工限定於下列何項工作負荷等級以下執行工作：

- 輕度工作至中度工作 (<200仟卡/小時；2-3 METs)：持續性坐姿作業、長時間站立或平地無負重行走(速度小於4.5公里/小時)、經常搬抬4.5公斤以下物件。
- 中度至重度工作 (200-350仟卡/小時；4-5 METs)：經常搬抬4.5公斤以上物件、偶爾搬抬9~23公斤物件。
- 重度以上工作 (>350仟卡/小時；5-10 METs)：經常攜帶11.4公斤以上物件行走或站立、救災及緊急應變。
偶爾：小於三分之一的工作時間；經常：約三分之二工作時間；持續：大於三分之二工作時間。

配戴呼吸防護具的其他限制 (如果有)：

3. 該勞工不適合使用呼吸防護具。

4. 目前資訊不足難以判定，為補充更多資訊去評估該勞工是否適合戴用呼吸防護具，須要執行以下醫學檢查：

5. 評估人員及日期

- 職業醫學科專科醫師，簽章：_____
- 勞工健康服務之醫師，簽章：_____
- 勞工健康服務之護理人員，簽章：_____

日期： 年 月 日

附表四、生理評估結果彙整參考表格

製表日期：

製表人：

部門	員工編號	姓名	作業別	呼吸防護具種類	生理評估		轉介醫師評估（醫學評估）			備註	
					評估日期	評估結果 V：可戴用 X：需轉介醫師評估	評估日期	評估結果 V：可戴用 X：不建議戴用 △：有條件下使用	醫師建議		後續辦理情形

附表五、定性密合度測試結果參考表格

【定性密合度測試】		測試日期	
受測者姓名		員工編號	
鬍子是否刮乾淨	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（勾選此項者不得進行密合度測試）		
是否完成生理評估	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
測試方法	<input type="checkbox"/> 糖精 <input type="checkbox"/> 苦味劑 <input type="checkbox"/> 香蕉油		
測試之呼吸防護具廠牌/型號與測試結果			
呼吸防護具面體廠牌/型號	尺寸		測試結果
1.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
2.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
3.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
4.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
備註：			
受測人員簽名			
施試人員簽名			

附表六、定量密合度測試結果參考表格

【定量密合度測試】		測試日期	
受測者姓名		員工編號	
鬍子是否刮乾淨	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (勾選此項者不得進行密合度測試)		
是否完成生理評估	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
測試結果			
檢測機型			
呼吸防護具面體種類/廠牌/型號	密合度測試值		測試結果
			<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
			<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
(測試儀器報表張貼處)			
受測人員簽名			
施測人員簽名			

附表七、密合度測試結果彙整參考表格

製表日期：

製表人：

員工 編號	姓名	部門	作業 別	檢測日期	呼吸防護具面體 種類/廠牌/型號	密合度測試方法		通過檢測	不通過檢測	備註
						定性	定量			

附表八、供氣式呼吸防護具供氣品質檢測結果紀錄參考表格

紀錄日期：	檢測人：
1. 是否使用供氣式呼吸防護具。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 供應呼吸防護具使用的壓縮空氣品質符合相關標準。	<input type="checkbox"/> CNS14258 Z3035 <input type="checkbox"/> _____
3. 供應呼吸氣體的空壓機（以下簡稱空壓機）型式。	<input type="checkbox"/> 無油式 <input type="checkbox"/> 有油式
4. 空壓機的取氣口是否位於無污染的区域。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 空壓機之廠牌、型號與設置地點？	廠牌： 設置地點： 型號：
6. 空壓機是否有裝設濾材、除水裝置以及吸附劑？	<input type="checkbox"/> 濾材 <input type="checkbox"/> 除水裝置 <input type="checkbox"/> 吸附劑 <input type="checkbox"/> 以上皆否。
7. 是否定期實施保養？保養紀錄放置位置？	<input type="checkbox"/> 是，保養紀錄放置於： <input type="checkbox"/> 否
8. 使用的氣體管線接頭是否有防呆設計？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 使用的鋼瓶是否有依規定作定期檢查？	<input type="checkbox"/> 是，測試標準： <input type="checkbox"/> DOT 49 CFR 173， <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 否

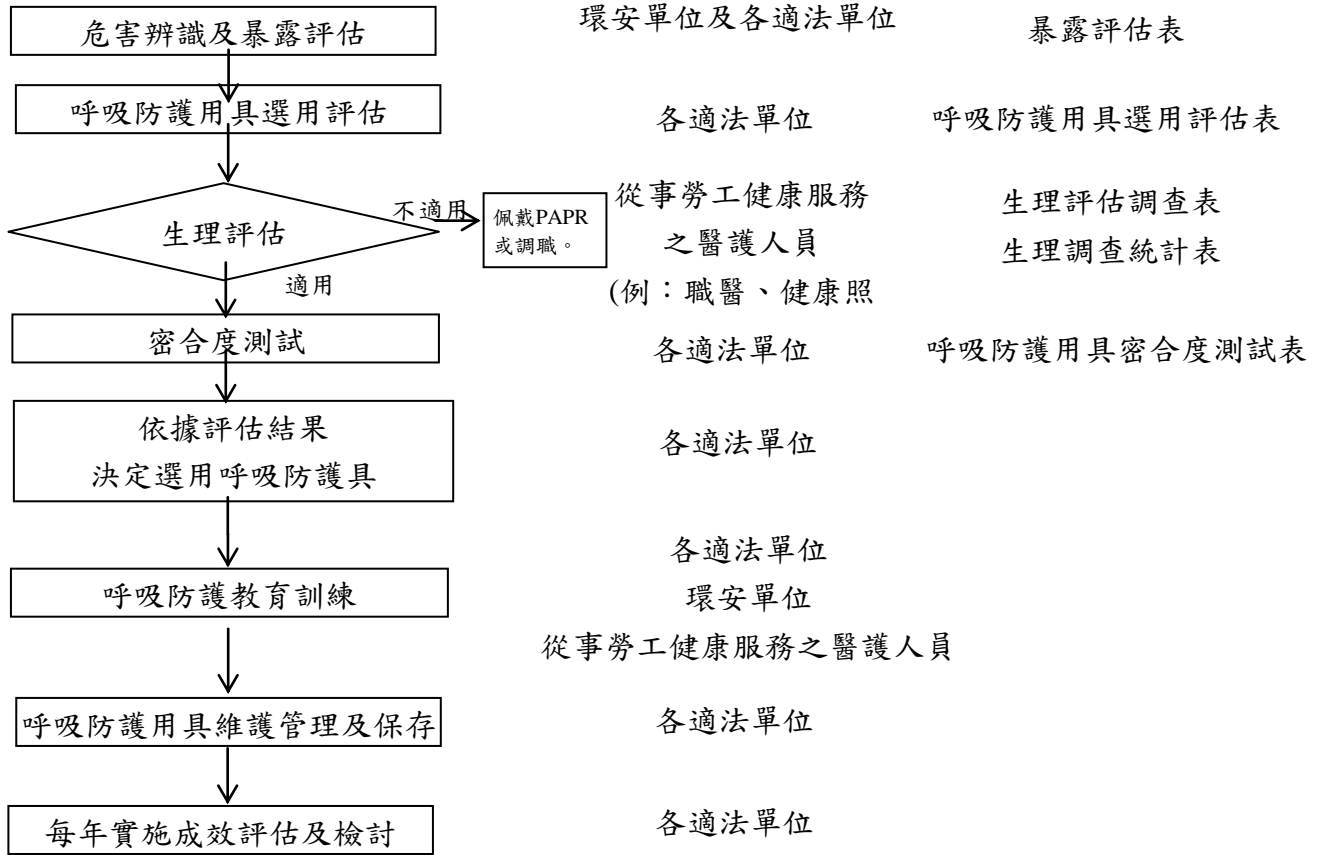
附表十、呼吸防護用具維護管理及保存

製表人：

部門單位	員工編號	保管人	保存位置	防護具維護方式(目視或測試或零件更換)	維護時間	備註

附件一、作業流程圖

流程圖	權責單位 執行單位：各適法單位 協辦單位：環安單位、從事勞工健康服務之醫護人員	使用文件/表單
-----	---	---------



附件二、呼吸防護具選用步驟

