

## 第三點附件一 農民職業災害保險疑似職業病現場訪視報告

訪視日期		民國_____年_____月_____日	
訪視地點 (農作場域)			
參與訪視人員			
個案疑似 職業病名稱		ICD	
個案自述相關 職業暴露情形			
現場訪視目的 (尚缺乏之證據)		<input type="checkbox"/> 調查農作環境危害因子 <input type="checkbox"/> 瞭解實際工作流程 <input type="checkbox"/> 蒐集農作環境暴露證據 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
工作現場訪視及暴露調查分析	實際工作流程 (含農作方式、農作環境及相關防護措施)	應檢附工作現場訪視之實境照片	
	可能之危害暴露來源分析	一、危害性質： <input type="checkbox"/> 物理性 <input type="checkbox"/> 化學性 <input type="checkbox"/> 生物性 <input type="checkbox"/> 人因性 <input type="checkbox"/> 心理負荷 二、危害描述：(定性或定量說明，敘明可能之危害因素如農作方式或環境狀態暴露等)	

	現場暴露評估 或環境採樣及 分析結果 (註)	
	補充事項 (其他納入考 量事項)	

以上現場訪視經本院職業醫學專科醫師評估內容屬實並審核報告撰寫完整。

醫事服務機構名稱：醫事服務機構代號：

主治醫師簽章：

職醫專醫證照號碼：( ) 職醫字第\_\_\_\_\_號。

開具日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

註：若為農用化學品之職業病而衍生相關費用，如：環境採樣費用、工業衛生專家報告撰寫費等，應事先向本會提出書面申請，經本會同意始得執行及補助相關費用。