

國立苗栗高級商業職業學校母性健康保護計畫

109年4月27日行政會報通過
110年12月20日行政會報修訂通過
111年8月15日擴大行政會報修正通過

一、依據

- (一) 依勞動部「職業安全衛生法」第30、31條、「職業安全衛生法施行細則」第39條暨「女性勞工母性健康保護實施辦法」之規定辦理。
- (二) 勞動部職業安全衛生署「工作場所母性健康保護技術指引」。
- (三) 校內程序書。

二、目的

配合「職業安全衛生法」第30、31條、「職業安全衛生法施行細則」第39條暨「女性勞工母性健康保護實施辦法」有關母性勞工健康保護之規定，校園對母性健康保護事項宜妥為規劃及採取必要之安全衛生措施，訂定母性勞工健康保護計畫，以確保妊娠、分娩後、哺乳等女性勞工之身心健康，以達到母性勞工健康保護之目的。

三、定義

- (一) 母性健康保護：指對於女性工作者從事有母性健康危害之虞之工作所採取之措施，包括危害評估與控制、面談指導、風險分級管理、工作適性安排及其他相關措施。
- (二) 母性健康保護期間：指本校於得知女性工作者妊娠之日起至分娩後一年之期間。

四、適用對象

- (一) 育齡期之女性勞工。
- (二) 妊娠中之女性工作者。
- (三) 分娩後之女性工作者，包括正常生產、妊娠24週後死產、分娩後一年內。

五、職責分工：

(一) 校長：

1. 監督計畫依規定執行。
2. 支持及協調校內各單位共同推動本計畫。

(二) 人事室：

1. 提供適用對象名冊，予總務處。
2. 依據人事相關法規，辦理母性健康保護期間之請假、休假等事宜。

(三) 總務處：

1. 參與並協助本計畫之規劃、推動與執行。
2. 協助本計畫之工作危害評估。
3. 依風險評估結果，協助本計畫工作調整、更換，以及作業現場改善措施之執行。

(四) 勞工健康服務人員：

1. 宣導健康保護之相關資訊。
2. 協助工作危害評估，判定及確認風險等級（參見附錄二）。
3. 提出評估健康危害、風險分級、工作適性評估及危害控制建議等。
4. 風險等級屬第二級管理者，提供個人面談指導及危害預防措施建議。
5. 風險等級屬第三級管理者，提供工作環境改善及有效控制措施，完成改善後重新評估，並註明不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項。

(五) 工作場所負責人：

1. 參與並協助本計畫之規劃、推動與執行。
2. 協助本計畫之工作危害評估。
3. 配合本計畫之工作調整、更換，以及作業現場改善措施。
4. 配合本計畫母性教職員工生之工作時間管理與調整。

(六) 適用本計畫之校內女性工作者：

1. 提出本計畫之需求，並配合計畫之執行及參與。
2. 配合本計畫之工作危害評估。
3. 配合本計畫之工作調整與作業現場改善措施。
4. 本計畫執行中之作業變更或健康狀況變化，應告知總務處，以調整本計畫之執行。

六、計畫執行流程

(一) 人事室協助提供女性工作者產前假及產假人員名冊，予總務處。

(二) 危害辨識與評估：

1. 總務處依據人事室提供的名冊，協助適用對象完成「母性健康保護之工作場所環境及作業危害評估表（附表一）」及「妊娠及分娩後未滿1年之勞工健康情形自我評估表（附表二）」。
2. 參考「具有生殖毒性、生殖細胞致突變性物質（附錄一）」與「母性健康保護風險危害分級參考表（附錄二）」，由勞工健康服務人員進行工作危害辨識與個別危害風險評估與分級。

(三) 分級管理：勞工健康服務人員依評估結果區分風險等級，並實施分級管理。

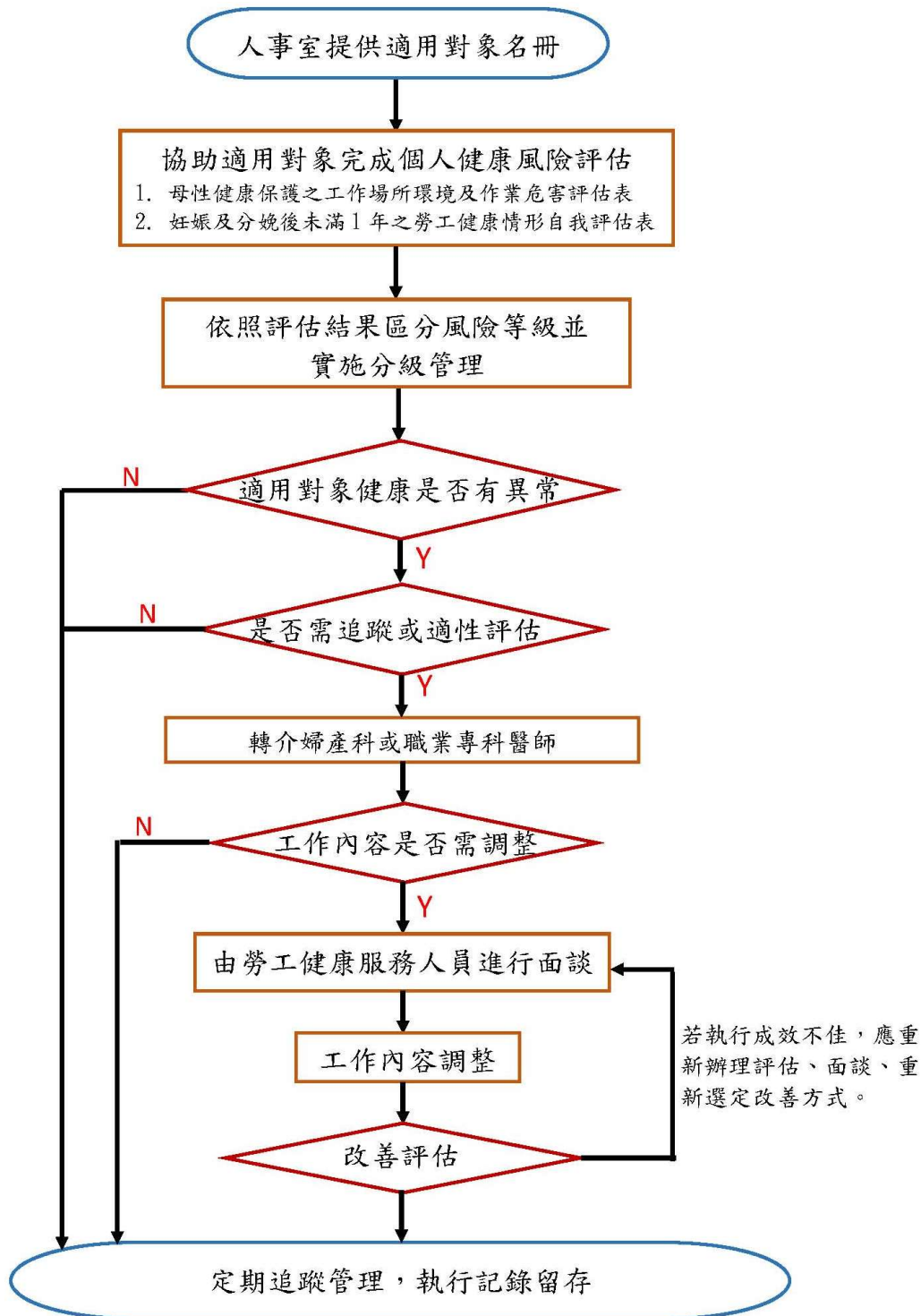
1. 第一級管理：無危害風險
勞工健康服務人員向女性工作者告知危害資訊（書面或口頭告知），經當事人書面同意後，方可繼續從事原工作。
2. 第二級管理：可能有危害風險
安排婦產科或職業專科醫師提供女性工作者個人面談指導，並採取危害預防措施，經當事人書面同意後，方可繼續從事原工作。
3. 第三級管理：有危害風險
應依婦產科或職業專科醫師的評估建議，採取變更工作條件、調整工時、調換工作等母性健康保護措施。

(四) 健康面談及指導

協助初步評估結果異常者轉介婦產科或職業專科醫師，安排進一步追蹤檢查，提供工作適性安排之建議（參考附表三）。

(五) 適性評估

1. 經醫師評估需進行工作調整者，由勞工健康服務人員進行面談，填寫「母性健康保護之面談及工作適性安排建議表（附表四）」，告知工作調整之建議，並聽取適用對象及單位主管意見，依勞動基準法之規定進行工作之調整。
2. 適用對象於母性健康保護期間，因工作條件改變、作業程序變更、健康異常或有不適反應，經醫師診斷證明不適原有工作者，應重新辦理評估、面談等事項。



七、執行成效之評估及改善

(一) 定期於環境保護暨安全衛生委員會進行母性健康保護計畫執行情形及成效評估報告（附表五），研議改善對策作為未來母性健康保護規劃參考。

(二) 如果改善成效不佳，應重新辦理評估、面談等事項，重新選定改善方法。

八、本計畫未盡事宜，適用本校其他規章進行修正或補充。

九、本計畫執行紀錄或文件等應歸檔留存三年以上。

十、本計畫經本校行政會議審議通過後公告實施，修正時亦同。

附表一

母性健康保護之工作場所環境及作業危害評估表

一、基本資料				
姓名		年齡		
單位		聯絡電話	(分機) (手機)	
職稱		電子信箱		
現況	1. <input type="checkbox"/> 懷孕，預產期____年____月____日，目前週數：____週 2. <input type="checkbox"/> 產後，生產日____年____月____日，目前產後：____週； 哺乳： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. <input type="checkbox"/> 其他：_____			
二、工作場所環境及作業危害評估				
危害類型 (下述存在常態工作活動中者，請勾選「有」，反之勾選「無」)		評估結果		
		第一級	第二級	第三級
		無	可能有影響	有
(一)物理性危害				
1. 工作性質須經常上下階梯或梯架				
2. 工作性質須搬抬物件上下階梯或梯架				
3. 工作場所可能有遭遇物品掉落或移動性物品造成衝擊衝撞				
4. 暴露於有害輻射散布場所之工作				
5. 暴露於噪音作業環境(TWA \geq 85dB)				
6. 暴露於會引發不適之環境溫度(熱或冷)				
7. 暴露於高溫作業之環境				
8. 暴露於極大溫差地區之作業環境				
9. 暴露於全身振動或局部振動之作業				
10. 暴露於異常氣壓之工作				
11. 作業場所為地下坑道或空間狹小				
12. 工作場所之地板、通道、樓梯或台階有安全防護措施				
13. 其他：_____				
(二)化學性危害				
1. 暴露具有生殖毒性物質之作業環境： _____ (參見附錄一，請敘明物質)				
2. 暴露具有生殖細胞致突變性物質之作業環境： _____ (參見附錄一，請敘明物質)				
3. 暴露於鉛及其化合物散布場所之作業環境				
4. 暴露於製造或處置抗細胞分裂及具細胞毒性藥物之作業環境				
5. 暴露於對哺乳功能有不良影響致危害嬰兒健康之作業環境： (請敘明物質)				
6. 其他：_____ (請敘明)				

(三)生物性危害			
1. 暴露於感染弓形蟲之作業環境			
2. 暴露於感染德國麻疹之作業環境			
3. 暴露於具有致病或致死之微生物：如 B 型肝炎或水痘、C 型肝炎或人類免疫缺乏病毒或肺結核等，_____（請敘明）			
4. 其他：_____（請敘明）			
(四)人因性危害			
1. 工作性質為處理一定重量以上之重物處理作業			
2. 工作須經常提舉或移動（推拉）大型重物或物件			
3. 搬抬物件之作業姿勢具困難度或經常反覆不正常或不自然的姿勢			
4. 工作姿勢經常為重覆性之動作			
5. 工作姿勢會受空間不足而影響（活動或伸展空間狹小）			
6. 工作台之設計不符合人體力學，易造成肌肉骨骼不適症狀			
7. 其他：_____（請敘明）			
(五)工作壓力			
1. 工作性質須輪班或夜間工作			
2. 工作性質須經常加班或出差			
3. 工作性質為獨自作業			
4. 工作性質較無法彈性調整工作時間或安排休假			
5. 工作性質易受暴力攻擊			
6. 工作性質屬工作負荷較大或常伴隨精神緊張			
7. 其他：_____（請敘明）			
(六)其他			
1. 工作中須長時間站立			
2. 工作中須長時間靜坐			
3. 工作需頻繁變換不同姿勢，如經常由低位變換至高位之姿勢			
4. 工作中須穿戴個人防護具或防護衣或制服			
5. 工作性質須經常駕駛車輛或騎乘摩拖車外出			
6. 作業場所對於如廁、進食、飲水或休憩之地點便利性不足			
7. 工作場所未設置哺乳室或友善度不足			
8. 其他：_____（請敘明）			
三、風險等級			
<input type="checkbox"/> 無(非屬女性勞工母性健康保護實施辦法第 3 條至第 5 條適用範圍) <input type="checkbox"/> 第一級管理 <input type="checkbox"/> 第二級管理 <input type="checkbox"/> 第三級管理			
四、改善及管理措施			
1. 工程控制 <input type="checkbox"/> 製程改善，請敘明：_____			
<input type="checkbox"/> 設置通風換氣設備，請敘明：_____			

其他，請敘明：_

暫無改善建議

2.行政管理

工時調整，請敘明：_____

職務或工作調整，請敘明：_____

其他，請敘明：

暫無管理措施建議

3.使用防護具，請敘明：_____

4.其他採行措施，請敘明：

五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽名）

職業安全衛生人員，簽名_____

勞工健康服務醫師，簽名_____

勞工健康服務護理人員，簽名_____

人力資源管理人員，簽名_____

其他，部門名稱_____，職稱_____，簽名_____

執行日期：__年__月__日

評估對象（孕、產婦本人）：_____（簽章）

工作場所負責人或單位主管：_____（簽章）

評估日期：____年____月____日

附表二

妊娠及分娩後未滿1年之勞工健康情形自我評估表

※本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。

※請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予勞工健康服務人員。

一、基本資料			
姓名		出生日期	____年____月____日
年齡		工作時間	____:____~____:____
單位		工作班別	<input type="checkbox"/> 日班、 <input type="checkbox"/> 夜班、 <input type="checkbox"/> 輪班、 <input type="checkbox"/> 其他： ____
職稱		工作內容	
1. <input type="checkbox"/> 妊娠週數____週；預產期____年____月____日 2. <input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳 3. 本次妊娠有無多胎情形： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有（多胞胎）			
二、過去疾病史			
1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 氣喘 3. <input type="checkbox"/> 高血壓 4. <input type="checkbox"/> 糖尿病 5. <input type="checkbox"/> 心血管疾病____ 6. <input type="checkbox"/> 蠶豆症 7. <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 8. <input type="checkbox"/> 其他____			
三、家族病史			
1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 氣喘 3. <input type="checkbox"/> 高血壓 4. <input type="checkbox"/> 糖尿病 5. <input type="checkbox"/> 心血管疾病____ 6. <input type="checkbox"/> 蠶豆症 7. <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 8. <input type="checkbox"/> 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）： <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）			
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： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：____			
4. 過去懷孕病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 先天性子宮異常 <input type="checkbox"/> 子宮肌瘤 <input type="checkbox"/> 子宮頸手術病史 <input type="checkbox"/> 曾有第2孕期(14週)以上之流產 <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 無下列各種風險情形			
1. <input type="checkbox"/> 沒有規律產檢 2. <input type="checkbox"/> 抽菸 3. <input type="checkbox"/> 喝酒 4. <input type="checkbox"/> 藥物，請敘明：____			
5. <input type="checkbox"/> 年齡（未滿18歲或大於40歲）			
6. <input type="checkbox"/> 生活環境存在風險因素（例如熱、空氣汙染）			
7. <input type="checkbox"/> 孕前體重未滿45公斤、身高未150公分			
8. 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 焦慮症、 <input type="checkbox"/> 憂鬱症、 <input type="checkbox"/> 其他____			
9. 睡眠： <input type="checkbox"/> 正常、 <input type="checkbox"/> 失眠、 <input type="checkbox"/> 需使用藥物、 <input type="checkbox"/> 其他____			

六、自覺徵狀

1. 無 2. 出血 3. 腹痛 4. 痙攣 5. 其他症狀：_____

七、其他檢查

1. 無 2. 有，請敘明：_____

評估對象（孕、產婦本人）：_____（簽章）

臨廠服務醫師（含醫師字號）：_____（簽章）

評估日期：_____年_____月_____日

附表三

母性健康保護之勞工健康及工作適性評估建議表

一、基本資料			
姓 名		出生日期	____年____月____日
年 齡		血 壓	____ / ____ mmHg
單 位		身 高	____ 公分
職 稱		體 重	____ 公斤
身體質量指數 (BMI)		____ kg/m ²	
1. <input type="checkbox"/> 妊娠週數 ____ 週；預產期 ____ 年 ____ 月 ____ 日			
2. <input type="checkbox"/> 分娩後 (分娩日期 ____ 年 ____ 月 ____ 日)； <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳			
3. 本次妊娠有無多胎情形： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有 (多胞胎)			
二、本次懷孕問題			
1. 孕吐： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 明顯、 <input type="checkbox"/> 劇吐			
2. 貧血： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 血紅素 < 9g/dL、 <input type="checkbox"/> 血紅素 < 12g/dL			
3. 妊娠水腫： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 1+、 <input type="checkbox"/> 2+、 <input type="checkbox"/> 3+、 <input type="checkbox"/> 4+			
4. 妊娠蛋白尿： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 24 小時的尿蛋白質超過 300mg			
5. 高血壓： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> > 140/90mmHg、 <input type="checkbox"/> 妊娠後期之血壓比早期收縮壓高 30mmHg、 <input type="checkbox"/> 妊娠後期之血壓比早期舒張壓升高 15mmHg			
6. 妊娠毒血症： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有			
7. 其他問題： <input type="checkbox"/> 迫切性流產 (妊娠 22 週未滿)、 <input type="checkbox"/> 切迫性早 (妊娠 22 週以後)、 <input type="checkbox"/> 多胞胎妊娠、			
<input type="checkbox"/> 羊水過少、 <input type="checkbox"/> 羊水過多、 <input type="checkbox"/> 早期子宮頸變薄(短)、 <input type="checkbox"/> 泌尿道感染、 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病、 <input type="checkbox"/> 前置胎盤、 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剝離、 <input type="checkbox"/> 陰道出血(14 週以後)、 <input type="checkbox"/> 子宮收縮頻率過高 (1 小時超過 4 次以上)、 <input type="checkbox"/> 超音波檢查胎兒結構異常、 <input type="checkbox"/> 胎兒生長遲滯 (> 37 週且體重 ≤ 2500g)、 <input type="checkbox"/> 家族遺傳疾病或其他先天性異常			
8. 其他症狀： <input type="checkbox"/> 靜脈曲張、 <input type="checkbox"/> 痔瘡、 <input type="checkbox"/> 下背痛、 <input type="checkbox"/> 膀胱炎、 <input type="checkbox"/> 其他			
三、分娩後子宮復舊與哺乳情形			
1. <input type="checkbox"/> 子宮復舊良好、 <input type="checkbox"/> 子宮復舊不全，請敘明： _____			
2. <input type="checkbox"/> 哺乳情形，請敘明： _____			
四、其他檢查異常			
1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有，請敘明： _____			
五、健康評估結果			
1. <input type="checkbox"/> 所從事之工作或以上健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康。			
2. <input type="checkbox"/> 所從事之工作或以上健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康。			
3. <input type="checkbox"/> 所從事之工作或以上健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康。			
六、所採取措施或建議			
1. <input type="checkbox"/> 定期追蹤檢查			

2. 提供孕期或產後健康指導

3. 工作適性安排建議：縮減工時或業務量、變更工作場所或職務、停止工作（休養）、

其他_____

備註：

1. 如無法開立此評估表，請將建議註記於孕婦健康手冊或另開立診斷書，提供雇主參考。

2. 如對工作適性評估或建議有疑慮，可再請職業醫學科醫師現場訪視，提供綜合適性評估建議。

醫療院所：_____

評估醫師(含醫師字號)：_____ (簽章)

評估日期：_____年_____月_____日

母性健康保護之面談及工作適性安排建議表

一、基本資料	
姓名：	年齡：
<input type="checkbox"/> 妊娠週數 _____ 週；預產期 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
<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"/> 身高：_____ 公分；體重：_____ 公斤；BMI：_____；血壓：_____ mmHg	
<input type="checkbox"/> 工作職稱/內容：	
二、健康問題及工作適性安排建議	
1. 健康問題 <input type="checkbox"/> 無，大致正常 <input type="checkbox"/> 有，請敘明診斷或不適症狀	
2. 管理分級 <input type="checkbox"/> 第一級管理（所從事工作或健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康） <input type="checkbox"/> 第二級管理（所從事工作或健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康） <input type="checkbox"/> 第三級管理（所從事工作或健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康）	
3. 工作適性安排建議 <input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作 <input type="checkbox"/> 可繼續從事工作，但須考量下列條件限制： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (1) 變更工作場所： <input type="checkbox"/> (2) 變更職務： <input type="checkbox"/> (3) 縮減職務量： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 縮減工作時間： <input type="checkbox"/> 縮減業務量： <input type="checkbox"/> (4) 限制加班（不得超過 _____ 小時／天） <input type="checkbox"/> (5) 周末或假日之工作限制（每月 _____ 次） <input type="checkbox"/> (6) 出差之限制（每月 _____ 次） <input type="checkbox"/> (7) 夜班工作之限制（輪班工作者）（每月 _____ 次） 	
<input type="checkbox"/> 不可繼續工作，宜休養（休養期間：敘明時間） <input type="checkbox"/> 不可繼續工作，需住院觀察 <input type="checkbox"/> 其他具體之工作調整或生活建議 （包括工作調整或異動、追蹤或職場對應方法、飲食等詳細之建議內容：_____）	
醫師（含醫師字號）：	執行日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

附表五

母性健康保護執行紀錄表(參考例)

執行日期： 年 月 日至 年 月 日

執行項目	執行結果(人次或%)	備註(改善情形)
危害辨識及評估	1. 物理性危害_____項 2. 化學性危害_____項 3. 生物性危害_____項 4. 人因性危害_____項 5. 工作壓力 / 職場暴力 項 6. 其他_____ 7. 風險等級_____ 8. 危害告知方式與日期_____	
保護對象之評估	1. 女性勞工共_____人 2. 育齡期女性勞工(具生理週期且具生育 能力者)共_____人 3. 妊娠中之女性勞工：共_____人 4. 分娩後未滿1年之女性勞工： 共_____人 5. 哺乳中之女性勞工：共_____人	
安排醫師面談及健 康指導	1. 需醫師面談者_____人 (1) 已完成共_____人 (2) 尚未完成共_____人 2. 需觀察或追蹤檢查者共_____人 3. 需進行醫療者_____人 4. 需健康指導者_____人 (1) 已接受健康指導者_____人 (2) 未接受健康指導者_____人 5. 需轉介進一步評估者_____人 6. 需定期追蹤管理者_____人	
適性工作安排	1. 需調整或縮短工作時間_____人 2. 需變更工作者_____人 3. 需給予休假共_____人 4. 其他_____人	
執行成效之評估及 改善	1. 定期產檢率_____ % 2. 健康指導或促進達成率_____ % 3. 環境改善情形：(環測結果) 4. 其他_____	
其他事項		

※本表為例舉一定期間內之執行紀錄總表，校方可依實務需求修正或增列，若有其他相關執行紀錄或表件，應一併保存。

附錄一

具生殖毒性、生殖細胞致突變性物質參考名單

項次	CAS.NO	中文名稱	英文名稱	建議 GHS 分類
1	109-86-4	乙二醇甲醚	2-methoxyethanol	生殖毒性物質第 1 級
2	110-80-5	乙二醇乙醚	2-ethoxyethanol	生殖毒性物質第 1 級
3	68-12-2	二甲基甲醯胺	N,N-dimethylformamide	生殖毒性物質第 1 級
4	111-15-9	乙二醇乙醚醋酸酯	2-ethoxyethyl acetate	生殖毒性物質第 1 級
5	7718-54-9	氯化鎳(II)	nickel dichloride	生殖毒性物質第 1 級、生殖細胞致突變性物質第 2 級
6	110-71-4	乙二醇二甲醚	1,2-dimethoxyethane	生殖毒性物質第 1 級
7	2451-62-9	三聚異氰酸三縮水甘油酯	1,3,5-tris(oxiranylmethyl)-1,3,5-triazine-2,4,6(1H,3H,5H)-trione	生殖細胞致突變性物質第 1 級
8	75-26-3	2-溴丙烷	2-bromopropane	生殖毒性物質第 1 級
9	123-39-7	N-甲基甲醯胺	N-methylformamide	生殖毒性物質第 1 級
10	96-45-7	伸乙硫脲	2-Imidazolidinethione	生殖毒性物質第 1 級
11	96-24-2	3-氯-1,2-丙二醇	3-chloropropane-1,2-diol	生殖毒性物質第 1 級
12	77-58-7	二月桂酸二丁錫	dibutyltin dilaurate	生殖毒性物質第 1 級、生殖細胞致突變性物質第 2 級
13	756-79-6	甲基磷酸二甲酯	dimethyl methylphosphonate	生殖細胞致突變性物質第 1 級、生殖毒性物質第 2 級
14	924-42-5	N-(羥甲基)丙烯醯胺	N-(hydroxymethyl)acrylamide	生殖細胞致突變性物質第 1 級、生殖毒性物質第 2 級
15	106-99-0	1,3-丁二烯	1,3-Butadiene	生殖細胞致突變性物質第 1 級
16	10043-35-3	硼酸	boric acid	生殖毒性物質第 1 級
17	85-68-7	鄰苯二甲酸丁苄酯	benzyl butyl phthalate	生殖毒性物質第 1 級
18	115-96-8	磷酸三(2-氯乙基)酯	tris(2-chloroethyl) phosphate	生殖細胞致突變性物質第 1 級、生殖毒性物質第 2 級
19	625-45-6	甲氧基乙酸	methoxyacetic acid	生殖毒性物質第 1 級
20	64-67-5	硫酸乙酯	diethyl sulfate	生殖細胞致突變性物質第 1 級

21	75-56-9	1,2-環氧丙烷	methyloxirane	生殖細胞致突變性物質第 1 級
22	106-94-5	1-溴丙烷	1-bromopropane	生殖毒性物質第 1 級
23	872-50-4	N-甲基吡咯啉酮	1-methyl-2-pyrrolidone	生殖毒性物質第 1 級
24	127-19-5	二甲基乙醯胺	N,N-dimethylacetamide	生殖毒性物質第 1 級
25	75-21-8	環氧乙烷	ethylene oxide	生殖細胞致突變性物質第 1 級、 生殖毒性物質第 1 級
26	117-81-7	鄰苯二甲酸二(2-乙基己基)酯	Di(2-ethylhexyl)phthalate	生殖毒性物質第 1 級
27	1333-82-0	三氧化鉻	chromium trioxide	生殖細胞致突變性物質第 1 級、 生殖毒性物質第 2 級
28	1330-43-4	四硼酸鈉	disodium tetraborate, anhydrous	生殖毒性物質第 1 級
29	1303-86-2	三氧化二硼	diboron trioxide	生殖毒性物質第 1 級

註：本表列舉之物質與其危害分類，僅就職安署現有資訊篩選提供參考，其尚未涵蓋全部具有生殖毒性、生殖細胞致突變性之物質，

校方於評估危害時，得參考供應商或製造商所提供安全資料表（SDS）之分類結果，或下列網站之資訊：

職安署的 GHS 網站：https://ghs.osha.gov.tw/CHT/masterpage/index_CHT.aspx

環保署的毒性及關注化學物質查詢網站：<https://toxicdms.epa.gov.tw/Chm>

日本的 GHS 網站：https://www.nite.go.jp/chem/english/ghs/ghs_index.html

德國的 GESTIS：<https://www.dguv.de/ifa/gestis/gestis-stoffdatenbank/index-2.jsp>

附錄二

母性健康保護危害風險分級參考表

物理性危害																	
風險等級	第一級管理	第二級管理	第三級管理														
噪音	TWA<80 分貝	TWA 80~84 分貝	TWA 85 分貝														
游離輻射	雇主對妊娠輻射工作人員，應即檢討其工作條件，使其胚胎或胎兒接受與一般人相同之劑量限度，其限度依「游離輻射防護安全標準」之規定																
異常氣壓作業	-	-	暴露於高壓室內或潛水作業														
化學性危害																	
危害項目	第一級管理	第二級管理	第三級管理														
鉛作業	血中鉛濃度低於 5µg/dl 者	血中鉛濃度在 5µg/dl 以上未達 10µg/dl	血中鉛濃度在 10µg/dl 以上者或空氣中鉛及其化合物濃度，超過 0.025mg/m ³														
危害性化學品	-	暴露於具生殖毒性、生殖細胞致突變性物質，或其他對哺乳功能有不良影響之化學品	暴露於屬生殖毒性物質第一級、生殖細胞致突變性物質第一級之化學品														
	作業場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準十分之一。	作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準十分之一以上未達二分之一。	作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準二分之一以上。														
	針對無容許暴露標準之母性健康危害化學品，亦可運用 CCB 或其他具同等科學基礎之評估及管理方法，評估暴露危害風險。																
處理危害性化學品，其工作場所空氣中危害性化學品濃度，超過表定規定值者。	-	-	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">有害物</th> <th colspan="2">規定值</th> </tr> <tr> <th>ppm</th> <th>mg/m³</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>二硫化碳</td> <td>5</td> <td>15.5</td> </tr> <tr> <td>三氯乙烯</td> <td>25</td> <td>134.5</td> </tr> <tr> <td>環氧乙烷</td> <td>0.5</td> <td>0.9</td> </tr> </tbody> </table>	有害物	規定值		ppm	mg/m ³	二硫化碳	5	15.5	三氯乙烯	25	134.5	環氧乙烷	0.5	0.9
有害物	規定值																
	ppm	mg/m ³															
二硫化碳	5	15.5															
三氯乙烯	25	134.5															
環氧乙烷	0.5	0.9															

			丙烯醯胺		0.015
			次乙亞胺	0.25	0.44
			砷及其無機化合物（以砷計）		0.005
			汞及其無機化合物（以汞計）		0.025
			註：經採取母性健康保護措施，可改列第二級		

生物性危害

危害項目	第一級管理	第二級管理	第三級管理
生物病原體		1. 暴露於德國麻疹、B 型肝炎或水痘感染之作業，但已具免疫力。 2. 暴露於於 B 型肝炎、C 型肝炎或人類免疫缺乏病毒感染之作業，但無從事會有血液或體液風險感染之工作。 3. 暴露於肺結核感染之作業，經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒健康者。	1. 暴露於弓形蟲感染之作業。 2. 暴露於德國麻疹感染之作業，且無免疫力者。 3. 暴露於 B 型肝炎、C 型肝炎或人類免疫缺乏病毒感染之作業，且從事會有血液或體液風險感染之工作。 4. 暴露於水痘感染之作業，且無免疫力者。 5. 暴露於肺結核感染之作業，經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康者。

人因性危害

危害項目	第一級管理	第二級管理	第三級管理				
以人工提舉、放、推、拉、搬運或移動重物	-	以人工提舉、放、推、拉、搬運或移動重物，運用風險評估工具(如 KIM)為中等負載，或經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒健康者。	以人工提舉、放、推、拉、搬運或移動重物，運用風險評估工具(如 KIM)為中高負載或高負載，或經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康者。				
一定重量以上重物處理工作	-	-	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>妊娠中</td> <td>分娩未滿 6 個月者</td> <td>分娩滿 6 個月但未滿</td> </tr> </table>		妊娠中	分娩未滿 6 個月者	分娩滿 6 個月但未滿
	妊娠中	分娩未滿 6 個月者	分娩滿 6 個月但未滿				

					1 年者
				重量 作業別	規定值 (公斤)
				斷續性作業	10 15 30
				持續性作業	6 10 20
				註：經採取母性健康保護措施，可改列第二級	
其他					
危害項目	第一級管理	第二級管理	第三級管理		
職業安全衛生法第 30 條第 1 項第 5 款至第 14 款或第 2 項第 3 款至第 5 款之危險性或有害性工作	-	-	從事「妊娠與分娩後女性及未滿十八歲勞工禁止從事危險性或有害性工作認定標準」之附表二或附表三所列項目；經採取母性健康保護措施者，可改列第二級。		

※僅列舉部分危害項目提供區分風險等級建議參考，實務上仍應依個案之實際評估結果為主。