



【復工管理檢核表(勞工版)】

一、基本資料	
勞工姓名	主管姓名 (雇主/事業單位)
職災發生日期	年 月 日
職災發生原因	(職災發生概況)
職業傷病狀況	(職業傷病診斷)
二、職災通報	
勾選	檢視內容
<input type="checkbox"/>	1. 發生職災時，主動告知單位主管。日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	2. 雇主確認為職業災害，或經醫師診斷為職業病。日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	3. 因職業傷病，而有醫療處遇的需求(急診或洽醫院治療)。
<input type="checkbox"/>	4. 本人或雇主已透過『 職業傷病通報系統 』進行職災通報。日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	5. 本人已瞭解職災勞工相關權益(公傷病假、職災補償、職災保險給付等)。 日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	6. 已向勞保局申請職災保險給付。日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	7. 持續配合或定期參與醫療機構之醫療及復健。
<input type="checkbox"/>	8. 主動與單位指派專人聯繫，持續說明職業傷病復原狀況及可能需要的協助。
三、復工計畫	
勾選	檢視內容
<input type="checkbox"/>	1. 與公司討論預期的復工日期。預計復工日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	2. 向職業安全衛生署認可職能復健專業機構提出復工計畫申請？ <input type="checkbox"/> 是，日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/>	3. 願意與職業醫學科醫師討論復工期程，以及和職能復健機構個案管理師、雇主共同解決復工計畫執行時所出現的問題，並積極配合規劃。
<input type="checkbox"/>	4. 同意參與復工計畫會議，並在復工計畫中簽名，持續紀錄。 ※日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	5. 向認可職災職能復健專責機構之職業專科醫師或個案管理師，提供職務所需要的能力要求，或告知後續可能的實際工作內容。
<input type="checkbox"/>	6. 於服務階段，持續與雇主指派之專人或認可職災職能復健專責機構專業人員聯繫。
四、結束復工計畫	
勾選	檢視內容
<input type="checkbox"/>	重返原職場，原職務、原工時。日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	重返原職場，工時或職務經調整。日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	有復工困難，需要其他專業服務之協助。轉介日期： 年 月 日

說明

各事業單位組織或勞動條件及環境不同，在復工流程與處理方式會有差異，請依照實際狀況及需求修改此份表單。