DOSH醫療評估問卷

來自WAC 296-842-22005

說明

 雇主：

* 本問卷符合WAC 296-842-14005之規定。
* 您必須告訴您的員工如何向您選定的醫療保健服務提供者遞送或發送填寫好的問卷。
* 您**不得**查閱員工的問卷。

醫療保健服務提供者：

* 查閱本問卷中的資訊以及雇主提供給您的任何額外資訊。
* 您可以自行決定於本問卷中添加問題：但是，第1-3部分中的問題不得刪除或進行實質性修改。
* 對第2部分中問題1-8或第3部分中問題1-6的任何正面回答皆需進行後續評估。這可能包括：進行電話諮詢以評估正面回答、醫學測試和診斷程序。
* 完成評估後，請將您的書面建議之複本發給雇主和員工。

員工：

* 您的雇主必須允許您在正常工作時間或您方便的時間和地點回答本問卷。
* 您的雇主或主管在任何時候皆不得查看或審閱您的答案。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **第1部分 - 員工背景資訊** |  |  |  |
| **所有員工皆須完成此部分** |  |  |  |
| **請工整填寫** |  |  |  |
| 1. 今日日期： |  |  |  |
| 2. 您的姓名： |  |  |  |
| 3. 您的年齡（截至最近一年）： |  |  |  |
| 4. 性別（圈選一項）：男性/女性 |  |  |  |
| 5. 您的身高： 英呎 英吋 |  |  |  |
| 6. 您的體重： 磅 |  |  |  |
| 7. 您的職位： |  |  |  |
| 8. 審查本問卷之醫療保健專業人員可聯繫到您的電話號碼（包括區號）： |
| 9. 撥打該號碼與您聯繫的最佳時間： |  |  |  |
| 10. 您的雇主是否告訴過您如何聯繫將審閱本問卷之醫療保健專業人員？ | 是 | / | 否 |
| 11. 勾選您將使用的呼吸器類型： |  |  |  |
| a. N、R或P過濾式呼吸器（例如，防塵口罩**或**N95過濾式呼吸器）。 |
| b. 請勾選所有適用選項。 |  |  |  |
| 半面罩 全面罩 頭盔罩 逃生面罩 |  |  |  |
| 非電動筒或罐 電動空氣淨化筒式呼吸器(PAPR) |  |  |  |
| 送風或風管 |  |  |  |
| 自給式呼吸器(SCBA)： 需求或 壓力需求 |  |  |  |
| 其他： |  |  |  |
| 12. 您之前是否戴過呼吸器？ | 是 | / | 否 |
| 如果「是」，請描述類型： |  |  |  |
| **第2部分 - 一般健康資訊** |  |  |  |
| **所有員工皆須完成此部分** |  |  |  |
| **請圈選「是」或「否」** |  |  |  |
| 1. 您*當前*是否吸煙，或是上個月吸過煙？ | 是 | / | 否 |
| 2. 您是否*曾有過*以下任何症狀？ |  |  |  |
| a. 癲癇（發作）： | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| b. 糖尿病： | 是 | / | 否 |
| c. 影響呼吸的過敏反應： | 是 | / | 否 |
| d. 幽閉恐懼症（害怕封閉的地方）： | 是 | / | 否 |
| e. 嗅覺問題： | 是 | / | 否 |
| 3. 您是否*曾有過*以下任何肺部問題？ |  |  |  |
| a. 石棉肺： | 是 | / | 否 |
| b. 哮喘： | 是 | / | 否 |
| c. 慢性支氣管炎： | 是 | / | 否 |
| d. 肺氣腫： | 是 | / | 否 |
| e. 肺炎： | 是 | / | 否 |
| f. 肺結核： | 是 | / | 否 |
| g. 矽肺： | 是 | / | 否 |
| h. 氣胸（肺塌陷）： | 是 | / | 否 |
| i. 肺癌： | 是 | / | 否 |
| j. 肋骨斷裂： | 是 | / | 否 |
| k. 任何胸部受傷或手術： | 是 | / | 否 |
| l. 任何其他曾被告知的肺部問題： | 是 | / | 否 |
| 4. 您*當前*是否存在下列肺部疾病的症狀？ |  |  |  |
| a. 呼吸急促： | 是 | / | 否 |
| b. 在平地上快走或爬小山或爬斜坡時呼吸急促： | 是 | / | 否 |
| c. 與其他人在平地上以普通速度行走時呼吸急促： | 是 | / | 否 |
| d. 在地面上以自己的速度行走時，必須停下來喘口氣： | 是 | / | 否 |
| e. 洗衣服或穿衣服時呼吸急促： | 是 | / | 否 |
| f. 呼吸急促以致影響工作： | 是 | / | 否 |
| g. 咳痰（痰濃）： | 是 | / | 否 |
| h. 清晨咳醒： | 是 | / | 否 |
| i. 咳嗽大多發生在躺下： | 是 | / | 否 |
| j. 上個月咳血： | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| k. 氣喘： | 是 | / | 否 |
| l. 氣喘以致影響工作： | 是 | / | 否 |
| m. 深呼吸時胸痛： | 是 | / | 否 |
| n. 任何其他您認為可能與肺部疾病有關的症狀： | 是 | / | 否 |
| 5. 您是否*曾有過*以下任何心血管或心臟問題？ | 是 | / | 否 |
| a. 心臟病發作： | 是 | / | 否 |
| b. 中風： | 是 | / | 否 |
| c. 心絞痛： | 是 | / | 否 |
| d. 心衰： | 是 | / | 否 |
| e. 腿腳腫脹（非走路引起）： | 是 | / | 否 |
| f. 心律失常（心跳不規則）： | 是 | / | 否 |
| g. 高血壓： | 是 | / | 否 |
| h. 任何其他曾被告知的心臟問題： | 是 | / | 否 |
| 6. 您是否*曾有過*以下任何心血管或心臟症狀？ |  |  |  |
| a. 胸部經常痛或悶： | 是 | / | 否 |
| b. 鍛煉時胸部痛或悶： | 是 | / | 否 |
| c. 胸部痛或悶以致影響工作： | 是 | / | 否 |
| d. 過去的2年裡，您是否曾注意到您出現過心跳暫停： | 是 | / | 否 |
| e. 與進食無關的胃灼熱或消化不良： | 是 | / | 否 |
| f. 任何其他您認為可能與心臟或血液循環問題有關的症狀： | 是 | / | 否 |
| 7. 您*當前*是否因以下任何問題而服用藥物？ | 是 | / | 否 |
| a. 呼吸或肺部問題： | 是 | / | 否 |
| b. 心臟問題： | 是 | / | 否 |
| c. 血壓： | 是 | / | 否 |
| d. 癲癇（發作）： | 是 | / | 否 |
| 8. 如果您曾用過呼吸器，是否*曾出現過*以下任何問題？（如果您從未用過呼吸器，選擇以下空格並轉到問題9：） |  |  |  |
| a. 眼睛刺激： | 是 | / | 否 |
| b. 皮膚過敏或皮疹： | 是 | / | 否 |
| c. 焦慮： | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| d. 全身虛弱或疲勞： | 是 | / | 否 |
| e. 任何其他影響您使用呼吸器的問題？ | 是 | / | 否 |
| 9. 您是否願意和將審查您問卷答案之醫療保健專業人員談一談？ | 是 | / | 否 |
| **第3部分 - 對全罩式呼吸器或SCBA使用者的其他問題** |  |  |  |
| **請圈選「是」或「否」** |  |  |  |
| 1. 您的任何一隻眼是否*曾失明*（暫時或永久）？ | 是 | / | 否 |
| 2. 您*當前*是否有以下任何視力問題？ |  |  |  |
| a. 需要佩戴隱形眼鏡： | 是 | / | 否 |
| b. 需要佩戴眼鏡： | 是 | / | 否 |
| c. 色盲： | 是 | / | 否 |
| d. 任何其他眼睛或視力問題： | 是 | / | 否 |
| 3. 您的耳朵是否*曾受過傷*，包括耳鼓破了？ | 是 | / | 否 |
| 4. 您*當前*是否有以下任何聽力問題？ |  |  |  |
| a. 聽力困難： | 是 | / | 否 |
| b. 需要佩戴助聽器： | 是 | / | 否 |
| c. 任何其他聽力或耳朵問題： | 是 | / | 否 |
| 5. 您的背部是否*曾受過傷*？ | 是 | / | 否 |
| 6. 您*當前*是否有下列肌肉骨骼問題？ |  |  |  |
| a. 手臂、手、腿或腳虛弱： | 是 | / | 否 |
| b. 背疼： | 是 | / | 否 |
| c. 難以完全移動手臂和腿： | 是 | / | 否 |
| d. 腰部前後傾時疼痛或僵硬： | 是 | / | 否 |
| e. 難以完全上下移動頭部： | 是 | / | 否 |
| f. 難以完全左右移動頭部： | 是 | / | 否 |
| g. 難以彎曲膝蓋： | 是 | / | 否 |
| h. 難以蹲地： | 是 | / | 否 |
| i. 負重超過25磅爬一段樓梯或梯子： | 是 | / | 否 |
| j. 任何其他影響您使用呼吸器的肌肉骨骼問題： | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **第4部分 - 自由回答的問題** |  |  |  |
| **僅當您雇主的醫療保健服務提供者表示必要時，才需要回答此部分中的問題** |
| 1. 在您當前的工作中，您是否在高海拔（超過5,000英呎）或氧氣含量低於正常水平的地方工作？ | 是 | / | 否 |
| 如果「是」，您在該等情況下工作時是否有頭暈、氣短、胸悶或其他症狀： | 是 | / | 否 |
| 2. 您是否曾（在工作或家中）接觸過有害溶劑、有害空氣中的化學物質（如氣體、煙霧或灰塵），**或**您是否曾接觸過危險化學品？ | 是 | / | 否 |
| 如果「是」，請說出化學物質（如果知道它們）： |  |  |  |
| 3. 您是否曾用過下列任何工作材料或經歷過下列任何工況： |
| a. 石棉？ | 是 | / | 否 |
| b. 二氧化矽（例如，在噴砂中）？ | 是 | / | 否 |
| c. 鎢/鈷（例如，研磨或焊接該種材料）？ | 是 | / | 否 |
| d. 鈹？ | 是 | / | 否 |
| e. 鋁？ | 是 | / | 否 |
| f. 煤（例如，採礦）？ | 是 | / | 否 |
| g. 鐵？ | 是 | / | 否 |
| h. 錫？ | 是 | / | 否 |
| i. 多塵環境？ | 是 | / | 否 |
| j. 任何其他危險暴露？ | 是 | / | 否 |
| 如果「是」，請描述該等暴露： |  |  |  |
| 4. 列出您的第二份工作或副業： |  |  |  |
| 5. 列出您以前的職業： |  |  |  |
| 6. 列出您當前和以前的愛好： |  |  |  |
| 7. 您是否曾在軍隊服役？ | 是 | / | 否 |
| 如果「是」，您是否接觸過生物或化學製劑（訓練或戰鬥中）？ | 是 | / | 否 |
| 8. 您是否曾在HAZMAT小組工作過？ | 是 | / | 否 |
| 9. 除本問卷前面提及的用於呼吸和肺部問題、心臟病、血壓和癲癇發作的藥物，您是否出於任何原因服用其他藥物（包括非處方藥）？ | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 如果「是」，請說出藥物（如果知道它們）： |  |  |  |
| 10. 您是否會在呼吸器上使用以下任何物品？ |  |  |  |
| a. HEPA過濾器： | 是 | / | 否 |
| b. 罐（例如，防毒面具）： | 是 | / | 否 |
| c. 筒： | 是 | / | 否 |
| 11. 您預計多久使用一次呼吸器？ |  |  |  |
| a. 僅用於逃生（非救援）： | 是 | / | 否 |
| b. 僅用於緊急救援： | 是 | / | 否 |
| c. *每週*不到5小時： | 是 | / | 否 |
| d. *每天*不到2小時： | 是 | / | 否 |
| e. 每天2至4小時： | 是 | / | 否 |
| f. 每天超過4小時： |  |  |  |
| 12. 在您使用呼吸器期間，您的工作是否是： |  |  |  |
| a. *輕體力*（每小時不到200千卡）： | 是 | / | 否 |
| 如果「是」，平均輪班期間這段時間持續多久： 小時 分鐘 |  |  |  |
| 輕體力勞動的例子包括：坐著寫字、打字、繪圖或進行輕裝配工作；或者站著操作鑽床（1-3磅）或控制機器。 |
| b. *中度體力*（每小時200到350千卡）： | 是 | / | 否 |
| 如果「是」，平均輪班期間這段時間持續多久： 小時 分鐘 |  |  |  |
| 中度體力勞動的例子包括：坐著釘釘子或銼銼；在城市道路上駕駛卡車或巴士；站著鑽孔、打釘、進行裝配工作或搬運中等重物（約35磅）；以2英里/小時的速度在水平面上行走或以3英里/小時的速度下5度的坡；或在水平面上推一輛載重約100磅的推車。 |
| c. *重體力*（每小時超過350千卡）： | 是 | / | 否 |
| 如果「是」，平均輪班期間這段時間持續多久： 小時 分鐘 |  |  |  |
| 重體力勞動的例子包括：將約50磅的重物從地板提到腰部或肩部；在裝卸平臺上工作；鏟土；站著砌磚或鑿鑄件；以每小時2英里的速度上8度的坡；負重約50磅爬樓梯。 |
| 13. 當您使用呼吸器時，您是否會穿著防護服和/或防護裝備（呼吸器除外）？ | 是 | / | 否 |
| 如果「是」，請描述該等防護服和/或防護裝備： |  |  |  |
| 14. 您是否會在高熱條件（溫度高於77°F）下工作： | 是 | / | 否 |
| 15. 您是否會在高濕條件下工作： | 是 | / | 否 |

|  |
| --- |
| 16. 請描述您在使用呼吸器時要做的工作： |
| 17. 請描述您在使用呼吸器時或會遇到的任何特殊或危險狀況（例如，密閉空間、危及生命的氣體）： |
| 18. 請提供以下資訊（如果知道），說明您在使用呼吸器時將接觸到的各種有毒物質： |
| 第一種有毒物質的名稱： |
| 估計每班最大暴露水平： |
| 每班暴露持續時間： |
| 第二種有毒物質的名稱： |
| 估計每班最大暴露水平： |
| 每班暴露持續時間： |
| 第三種有毒物質的名稱： |
| 估計每班最大暴露水平： |
| 每班暴露持續時間： |
| 您在使用呼吸器時或會接觸到的任何其他有毒物質的名稱： |
| 19. 請描述您在使用呼吸器時會承擔的或會影響他人安全和健康的任何特殊責任（例如，救援、安保）。 |

[法定依據：RCW 49. 17. 010、040、050和060。17-18-075（命令16-17），§296-842-22005，09/05/2017頒佈，10/06/2017生效。法定依據：RCW 49. 17. 050。09-19-119（命令09-02），§296-842-22005，09/22/09頒佈，12/01/09生效。法定依據：RCW 49. 17. 010、040、050和060。07-05-072（命令06-39），§296-842-22005，02/20/07頒佈，04/01/07生效。法定依據：RCW 49. 17. 010、040、050和060。03-20-114（命令02-12），§296-842-22005，10/01/03頒佈，01/01/04生效。]