

國立澎湖科技大學呼吸防護計畫

110年12月16日職業安全衛生及環境保護暨毒性化學物質運作管理委員會會議通過

一、目的：

教職員生於有害環境作業需使用呼吸防護具時，應依其作業環境空氣中有害物之特性，採取適當之呼吸防護措施，訂定本防護計畫據以推動，並指派具有呼吸防護相關知能之專人負責執行。

二、適用範圍：本校勞動場所均適用之。

三、名詞定義：

有害環境係指無法以工程控制或行政管理有效控制空氣中之有害氣體、蒸氣及粉塵之濃度，且符合下列情形之一者：

- (一) 作業場所之有害物濃度超過八小時日時量平均容許濃度之二分之一。
- (二) 作業性質具有臨時性、緊急性，其有害物濃度有超過容許暴露濃度之虞，或無法確認有害物及其濃度之環境。
- (三) 氧氣濃度未達百分之十八之缺氧環境，或其他對生命、健康有立即危害之虞環境。

四、權責分工：

(一) 環安組

1. 制/修訂呼吸防護計畫。
2. 實施危害辨識及暴露評估。
3. 協助各單位呼吸防護具之選用。
4. 規劃全校性呼吸防護具教育訓練。

(二) 學務處身心健康中心

1. 呼吸生理評估調查。
2. 協助各單位呼吸防護具之選用。
3. 協助全校性呼吸防護具教育訓練。

(三) 各單位：

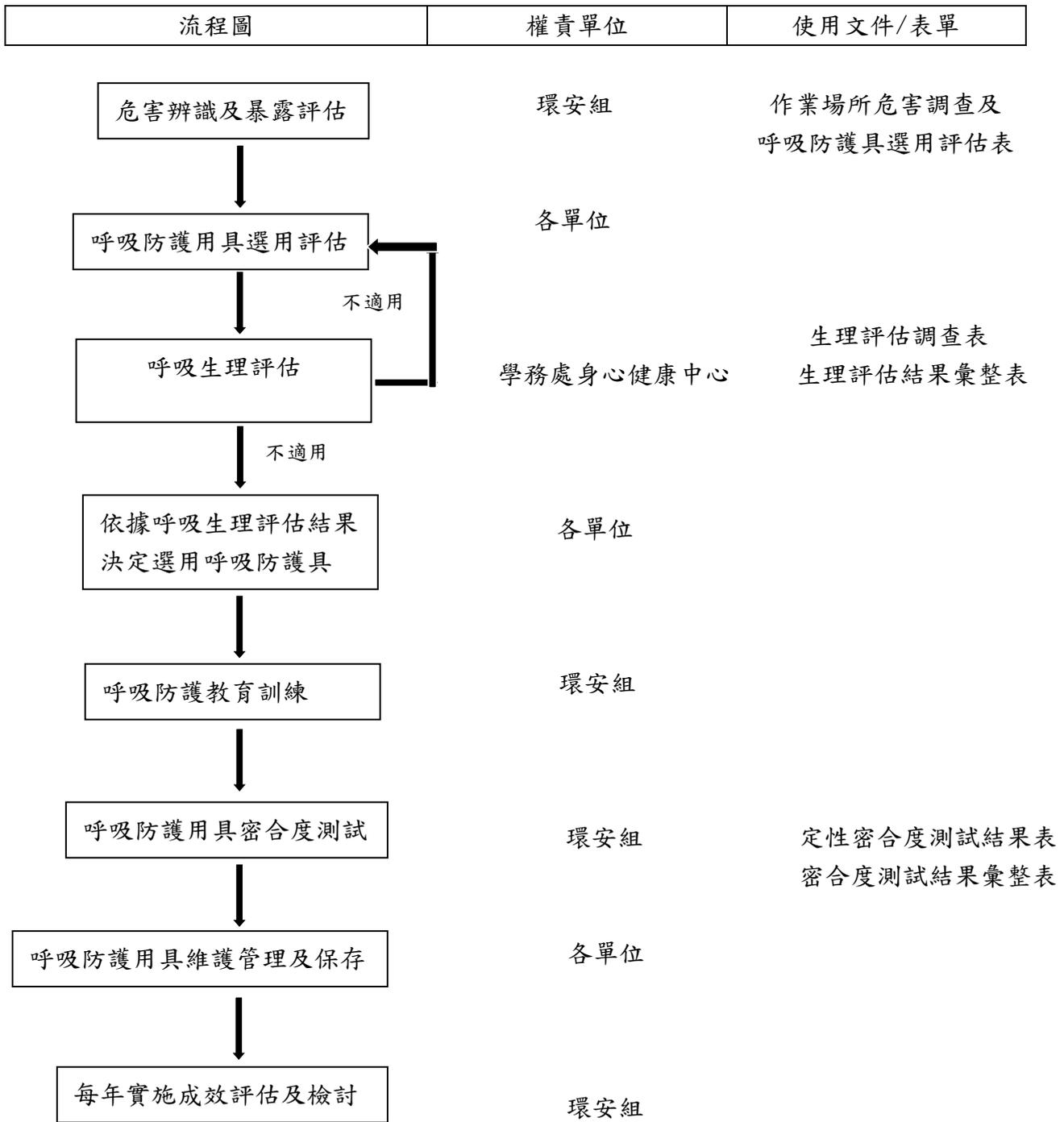
1. 實施呼吸防護具選用評估，並教導要求所屬確實使用。
2. 規劃各單位呼吸防護用具之教育訓練。

(四) 教職員生：

1. 配合呼吸生理評估之調查。
2. 遵守各作業場所之呼吸防護具配戴規定。
3. 接受呼吸防護具教育訓練。

五、作業內容

(一)呼吸防護計畫作業流程：

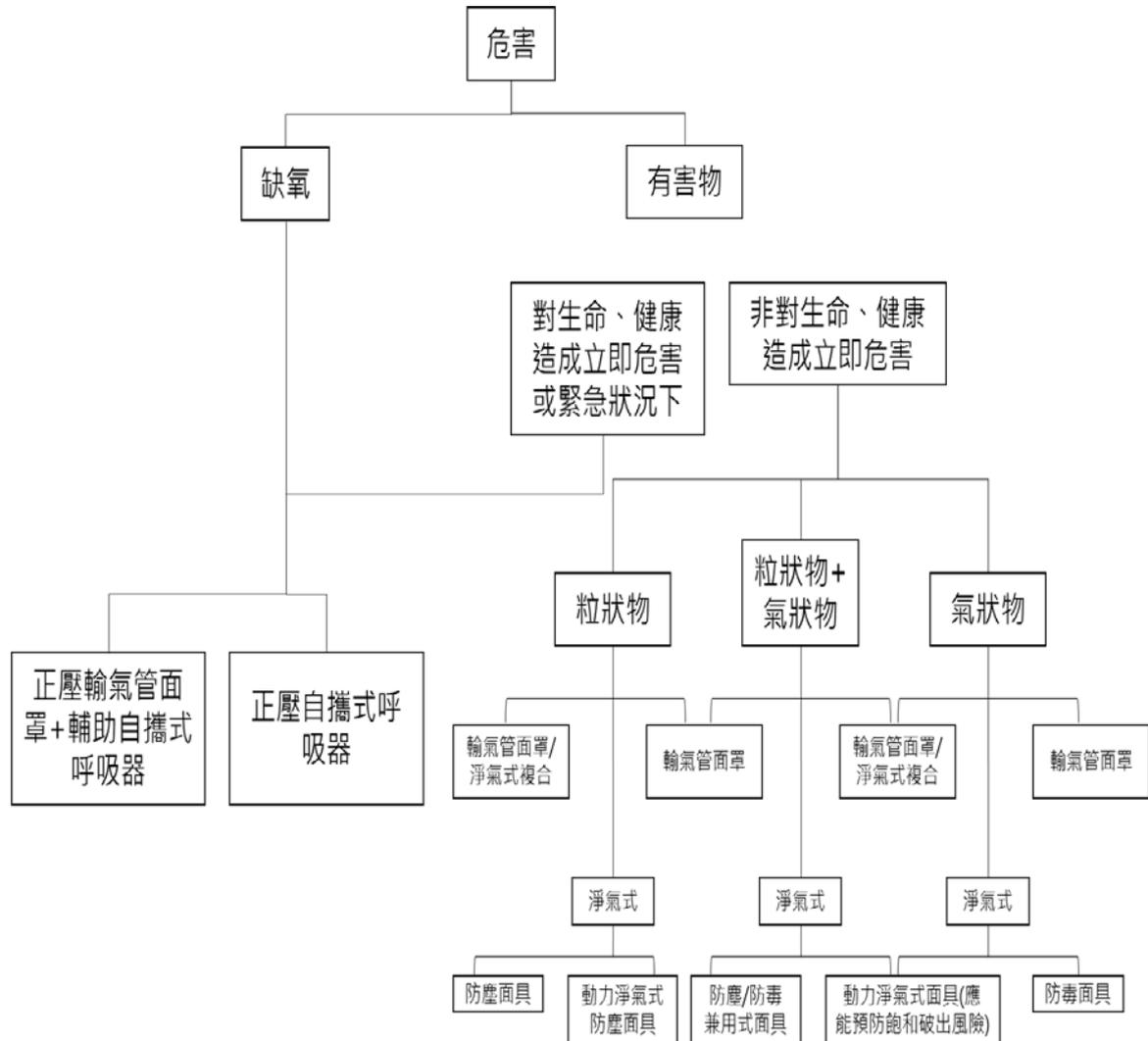


(二)危害辨識及暴露評估：

1. 確認勞工可能暴露的呼吸危害：辨識作業場所可能存在的呼吸危害因子，掌握作業型態及內容，以評估其危害暴露情境，作為選擇呼吸防護具之依據。
 - (1) 調查作業環境所使用之化學品及其產生有害物之名稱及濃度，並查閱其安全資料表及確認是否屬「勞工作業場所容許暴露標準」規範之物質。
 - (2) 有害物在空氣中之狀態：
 - A. 粒狀有害物：粉塵及纖維、生物性氣膠、燻煙、霧滴等。
 - B. 氣狀有害物：氣體、蒸氣(如有機溶劑)等。
 - (3) 瞭解作業型態及內容，包括經常性作業及非經常性作業。
 - (4) 是否為缺氧環境(指空氣中氧氣濃度未滿 18 %之狀態)或對勞工生命、健康造成立即危害之環境。
 - (5) 作業環境中是否有易燃氣體、易爆氣體，或環境易受不同大氣壓力、高低溫等影響。
2. 評估勞工之暴露危害風險：依有害環境及有害物之屬性，及呼吸防護計畫及採行措施指引第 5 點規定，參考國內外文獻或安全資料表等相關危害資訊，實施暴露評估。
 - (1) 符合勞工作業環境監測實施辦法所列之作業場所，依規定辦理作業環境監測之評估。
 - (2) 符合國家標準 CNS15030 化學品分類，具有健康危害之化學品者，依危害性化學品評估及分級管理辦法規定，辦理暴露評估。
 - (3) 從事臨時性、短暫性或維修保養等非經常性作業之勞工，應視其不同作業環境及特性，實施必要之監測及評估，掌握勞工實際暴露實態。
 - (4) 於發生事故緊急應變時，需進入災區執行搶救、止漏或其他緊急處置任務之勞工，應評估其可能之最嚴重暴露情境，確保依各狀況所選用之防護具可提供戴用人員充分之防護。

(三)防護具之選擇：

1. 呼吸防護具的選擇，應先評估作業現場是否為缺氧環境、有無立即致危濃度，再依有害物之狀態及暴露程度，選擇適當的呼吸防護具，選用流程如下圖：



2. 決定呼吸防護具的類型：

- (1) 存在對生命、健康造成立即危害之環境或危害比 >1 者：對於人員暴露於可能會對生命、健康造成立即危害之有害物濃度或缺氧環境（氧氣濃度未達18%）或第三級管理等，應提供供氣式或自給式呼吸防護具使作業人員使用。
 - (2) 非屬對生命、健康造成立即危害之環境或危害比 $>1/2$ 且 <1 者：對於空氣中有害物之防護，雇主須提供供氣式或淨氣式呼吸防護具，依暴露有害物之種類、濃度及防護具之防護效能等資料，選用適當供氣式或淨氣式呼吸防護具。
 - (3) 非屬對生命、健康造成立即危害之環境或危害比 $<1/2$ 者：對於空氣中有害物之防護，雇主須提供淨氣式呼吸防護具，依暴露有害物之種類、濃度及防護具之防護效能等資料，選用適當淨氣式呼吸防護具。
- ### 3. 作業場所危害調查及呼吸防護具選用評估表(如附件 1)。

(四) 生理及醫學評估

1. 使用呼吸防護具可能會對工作者造成額外的負荷，而造成這些負荷的原因，包括負重作業、呼吸防護具的呼吸阻抗等，因此，為使工作者於須使用緊密貼合式呼吸防護具（如半面體或全面體呼吸防護具）的有害環境作業時，應於初次戴用前或每年至少一次，實施生理評估，以避免戴用呼吸防護具後，造成健康方面之傷害。具有以下疾病或生理狀況者，戴用呼吸防護具前須審慎評估：

- (1) 心臟血管疾病，例如高血壓、心絞痛、心臟病及中風等。
- (2) 呼吸系統疾病，例如慢性支氣管炎及肺氣腫等。
- (3) 神經系統疾病，例如癲癇症。
- (4) 肌肉骨骼疾病，例如下背痛。
- (5) 心理及精神疾病，例如幽閉恐懼症或嚴重的焦慮症。

2. 生理評估程序由計畫執行單位，包括職業安全衛生人員、從事勞工健康服務之醫護人員及部門主管等人員共同探討適合本校作業型態的生理評估方法，及共同合作執行與判定，評估的問卷(如附件 2)可分成四部分，其使用及內容說明如下：
 - (1) 第一部分問卷：建議由受過呼吸防護具專業訓練之職業安全衛生人員，或從事勞工健康服務之醫護人員等執行呼吸防護計畫相關人員填寫，內容包含工作者基本資料、使用呼吸防護具類型、工作類型及工作環境狀況等。
 - (2) 第二部分問卷：由所有戴用呼吸防護具的教職員生填寫，內容包含調查其工作史、用藥情形、過去病史及目前健康狀態等。
 - (3) 第三部分問卷：由戴用「全面體面罩」及「自攜式呼吸防護具」的教職員生填寫，而使用其它呼吸防護具者，則由執行呼吸防護計畫人員建議是否需填寫。
 - (4) 第四部分問卷：生理評估至此步驟，可由從事勞工健康服務之醫護人員判定生理評估之結果，或是否需進一步轉介至職業醫學科專科醫師、從事勞工健康服務醫師或相關專科醫師執行醫學評估。

經由以上問卷之調查，若教職員生在第二部分問卷所列之健康狀態中，有勾選到需轉介醫學評估的項目時，則轉介至職業醫學科專科醫師或請從事勞工健康服務醫師做進一步的評估與檢查，以便於判定教職員生是否適合戴用呼吸防護具。

3. 醫學評估程序

對於需進一步接受醫學評估之教職員生，本校會提供醫師相關特定或補充之資

訊，以便他們決定教職員生是否可使用呼吸防護具。這些資訊包括：

- (1)呼吸防護計畫影本。
- (2)生理評估問卷影本。
- (3)呼吸防護具的重量及類型，其他防護具之種類（如防護衣）。
- (4)呼吸防護具使用的期限及頻率（包括逃生及救援使用）。
- (5)戴用呼吸防護具時，所需消耗體力的程度。
- (6)在極端溫度、濕度的工作環境下戴用呼吸防護具。

醫師應提供下列資訊之書面建議，並給予接受醫學評估勞工書面建議的影本。

- (1)以醫學評估的結果判定教職員生是否適合戴用呼吸防護具。
 - (2)教職員生健康狀態或其工作環境對於呼吸防護具的使用限制。
 - (3)醫學評估的追蹤資料。
 - (4)醫師給予職員生的建議。
4. 當教職員生告知其具有影響呼吸防護具使用的相關症狀，或工作環境改變（如防護衣、溫度或工作負荷程度），導致增加其生理負擔，經醫師評估認為需要實施進一步醫學檢查之必要時，則再安排特定檢查項目，以釐清疾病診斷與身體功能。
5. 完成生理及醫學評估後，應將評估結果彙整成總表（如附件 3），以能掌握教職員生概況，並且定期檢視其是否需要重新再評估（如健康檢查結果發現有新的疾病、作業環境改變可能造成工作者生理負荷等），讓教職員生不會因戴用呼吸防護具而造成生理方面之傷害。

(五)密合度測試

1. 主要是判定呼吸防護具面體和使用者面部的密合程度，若未有良好的密合，則呼吸防護具可能無法達到預期的防護效果，外界有害物可能會經由洩漏處進入面體內，使戴用者吸入有害物質。
2. 測試時機與頻率：
 - (1)首次選擇呼吸防護具時。
 - (2)至少每年測試一次。
 - (3)當教職員生之生理變化會影響面體密合時。
 - (4)當教職員生反應密合有問題時。
 - (5)各單位主管、環安組或勞工健康服務人員認為佩戴者密合情形有改變時。
3. 實施方法：本校採定性密合度測試，每年至少定期進行一次測試。平時則在每次口罩戴用前以正負壓檢點方式來檢查呼吸防護具是否密合即可。
4. 測試方法：空氣中有害物可區分為粒狀及氣狀兩大類，當進行定性密合度測試時，應選擇對應之試劑進行測試，並將測試結果進行通過或不通過之判定。
5. 定性密合度測試：利用受測者嗅覺或味覺主觀判斷是否有測試氣體洩漏進入面體內。
6. 定性/定量密合度測試結果表(如附件 4)、密合度測試結果彙整表(如附件 5)。

(六)呼吸防護具之使用

1. 教導教職員生正確之呼吸防護具配戴方法。
2. 每次佩戴呼吸防護具應該要進行簡易的正負壓檢點以確定是否佩戴正確。
3. 密合度檢點方法：

- (1)正壓檢點的方式，以佩戴者將出氣閥以手掌或其他適當方式封閉後，再緩慢吐氣，若面體內的壓力能達到並維持正壓，空氣無向外洩漏的現象，即表示面體與臉頰密合良好。
 - (2)負壓檢點的方式，以佩戴者使用適當的方式阻斷進氣，再緩慢吸氣，使得面體輕微凹陷，若在 10 秒鐘內面體仍保持輕微凹陷，且無空氣內洩的跡象，即可判定該防護具通過檢點。
4. 呼吸防護具或防護器具應置備足夠使用數量，個人使用之防護具應置備與作業人數相同或以上之數量，並以個人專用為原則。
 5. 應依以下原則實施呼吸防護具之維護及管理，以確保呼吸防護具之防護效能：
 - (1)檢查各零件是否損壞或缺少。
 - (2)保持清潔，並予必要之消毒；經常檢查，保持其性能，不用時並妥予保存。
 - (3)清潔受污染的呼吸防護具。
 - (4)儲存在適當的場所。
 6. 呼吸防護教育訓練：為使教職員生能夠確實的對呼吸防護具使用及管理方法有所瞭解，教育訓練應包含工作過程中有害物或危害狀況之說明、防護具選擇結果、防護具使用、保養、維護的方法、密合度測試的目的、作法及相關的管理規範。
 7. 成效評估及改善：
 - (1)如遇呼吸防護具問題應提出反映。
 - (2)每年對於呼吸防護計畫進行評估及檢討。

附件 1

國立澎湖科技大學作業場所危害調查及呼吸防護具選用評估表

系所 單位	姓名	職稱	作業 項目 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。

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		填寫日期：____年____月____日	
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
工作系所(單位)		年資	年 月
職稱		連絡電話	
一、呼吸防護具資訊			
1. 工作者過去是否曾經使用過呼吸防護具？ <input type="checkbox"/> 是，類型：_____ <input type="checkbox"/> 否			
2. 工作者目前須戴用的呼吸防護具種類（可複選）？			
<input type="checkbox"/> 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）			
<input type="checkbox"/> 半面體面罩			
<input type="checkbox"/> 全面體面罩（請作業人員填寫第三部分問答）			
<input type="checkbox"/> 動力淨氣式呼吸防護具			
<input type="checkbox"/> 輸氣管面罩			
<input type="checkbox"/> 自攜式呼吸防護具（請作業人員填寫第三部分問答）			
3. 工作者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？			
<input type="checkbox"/> 搭配高效率空氣濾材（HEPA）使用			
<input type="checkbox"/> 搭配過濾氣狀有害物之濾罐使用			
<input type="checkbox"/> 搭配過濾粒狀有害物之濾匣或濾棉			
<input type="checkbox"/> 否			
4. 工作者目前使用呼吸防護具時，是否搭配其他的個人防護裝備？			
<input type="checkbox"/> 防護衣型號、類型：			
<input type="checkbox"/> 其他：			
5. 工作者目前呼吸防護具使用時間的長度及頻率？			
<input type="checkbox"/> 只有逃生時用			
<input type="checkbox"/> 只有緊急救援時用			
<input type="checkbox"/> 每週小於 5 小時			
<input type="checkbox"/> 每天小於 2 小時			
<input type="checkbox"/> 每天 2-4 小時			
<input type="checkbox"/> 每天超過 4 小時			
二、工作類型			
1. 工作負荷：			
<input type="checkbox"/> 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。			
<input type="checkbox"/> 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。			
<input type="checkbox"/> 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。

請繼續作答工作時間的頻率與經常程度

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)：_____

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

生理評估問卷

【第二部分：由作業人員填寫】

有勾選※標註之項目，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、基本資料		填寫日期：____年____月____日		
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生日期	年 月 日	身高	公分	體重
工作系所(單位)		年資	年 月	
職稱		連絡電話		

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。

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

填寫者簽章：_____

填寫日期： 年 月 日

生理評估問卷

【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、基本資料		填寫日期：____年____月____日		
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生日期	年 月 日	身高	公分	體重 公斤
工作系所(單位)		年資	年 月	
職稱		連絡電話		

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

生理評估問卷

【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】

一、基本資料		填寫日期：____年____月____日		
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生日期	年 月 日	身高	公分	體重 公斤
工作系所(單位)		年資	年 月	
職稱		連絡電話		

1. 經評估工作者之調查表或進一步醫學評估，該工作者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. 工作者戴用呼吸防護具時，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

附件 4

定性密合度測試結果

【定性密合度測試】	測試日期	
受測者姓名	受測者單位(系所)	
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		

定量密合度測試結果

【定量密合度測試】		測試日期	
受測者姓名		受測者單位 (系所)	
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			

