

核定機關：行政院主計處
核定文號：處普三字第 0980005772 號
有效期間：至民國 98 年 12 月底止

職業災害失能勞工之就業關懷調查表

壹、受傷前之就業狀況

一、受傷前的工作情形

(一)請問您受傷前的工作是「全時工作」還是「部分時間工作」？

- (1)全時工作 (2)部分時間工作

(二)請問您受傷前的工作平均每週工作多少小時？ _____ 小時

(三)請問您受傷前平均每月的收入是多少錢？ _____ 元

二、請問您受傷前的工作職務是？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (1)企業主管及經理人員 | <input type="checkbox"/> (6)農林漁牧工作人員 |
| <input type="checkbox"/> (2)專業人員 | <input type="checkbox"/> (7)技術工及有關工作人員 |
| <input type="checkbox"/> (3)技術員及助理專業人員 | <input type="checkbox"/> (8)機械設備操作及組裝工 |
| <input type="checkbox"/> (4)事務工作人員 | <input type="checkbox"/> (9)非技術工及體力工 |
| <input type="checkbox"/> (5)服務工作人員及售貨員 | <input type="checkbox"/> (10)其他，請說明_____ |

三、請問您受傷時在那個單位工作多少年： _____ 年

四、請問您受傷時的工作場所，雇主有沒有辦理下列事項？

(一) 雇主有沒有安排如何預防工作傷害、急救、消防、緊急應變等安全衛生教育訓練課程？

- (1)沒有 (2)有

(二) 雇主有沒有告知或宣導工作中有那些危險性？

- (1)沒有(跳答五) (2)有 (續答二-1)

(二-1). 雇主對於工作中危險性是否有採取安全防護措施或提供個人防護具？

- (1)沒有 (2)有

五、請問您受傷時的工作場所，有沒有採取場內安全衛生巡視或檢查？

- (1)沒有 (跳答 第貳部份)
 (2)有 (續答五-1)
 (3)不知道(跳答 第貳部份)

五-1. 請問場內安全衛生巡視或檢查方式有哪些？(不提示，可複選)

- (1)專職人員檢查或巡視 (3)雇主或主管定期巡視
 (2)場內工安人員定期巡視 (4)其他，請說明_____

貳、復健情形及需要政府協助項目

一、請問您個人認為自從受傷後，有沒有獲得妥善之醫療照顧？

- (1)有 (2)沒有

二、請問您目前身體恢復情況的如何？

- (1)尚在治療中或復健中 (跳答三)
 (2)所有療程都結束不需要再治療。(續答二-1)

二-1 請問您治療及復健共花了時間？

三、請問您目前的身體狀況可不可以工作？

- (1)可以 (2)不可以

四、請問您的工作技能有沒有受到職業災害的影響？

- (1)有受影響 (續答四-1)
 (2)不受影響 (跳答五)

四-1.請問您的工作技能受到什麼影響？(提示選項)

- (1)工作技能降低 (2)工作技能喪失

五、請問您受傷後政府有沒有主動與您聯繫或提供各種協助？

- (1) 有主動聯繫且提供協助 (續答五-1)
 (2) 有提供協助，但沒有主動連繫 (續答五-1)
 (3) 有主動聯繫，但沒有提供協助 (跳答六)
 (4) 都沒有 (跳答六)

五-1、請問您受傷後曾經獲得政府提供的協助有哪些？(提示面向，可複選)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)醫療協助生理復健 | <input type="checkbox"/> (8)強化工作技能 |
| <input type="checkbox"/> (2)器具輔助 | <input type="checkbox"/> (9)職業訓練 |
| <input type="checkbox"/> (3)經濟扶助 | <input type="checkbox"/> (10)職務再設計 |
| <input type="checkbox"/> (4)生活照顧 | <input type="checkbox"/> (11)就業服務 |
| <input type="checkbox"/> (5)心理輔導 | <input type="checkbox"/> (12)創業貸款 |
| <input type="checkbox"/> (6)訴訟協助 | <input type="checkbox"/> (13)其他_____ |
| <input type="checkbox"/> (7)法律諮詢 | |

六、請問您職業災害受傷後需要政府提供那些協助(提示面向，可複選)

(曾接受過協住的受訪者，需詢問「還需要」哪些協助)

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)醫療協助生理復健 | <input type="checkbox"/> (8)強化工作技能 |
| <input type="checkbox"/> (2)器具輔助 | <input type="checkbox"/> (9)職業訓練 |
| <input type="checkbox"/> (3)經濟扶助 | <input type="checkbox"/> (10)職務再設計 |
| <input type="checkbox"/> (4)生活照顧 | <input type="checkbox"/> (11)就業服務 |
| <input type="checkbox"/> (5)心理輔導 | <input type="checkbox"/> (12)創業貸款 |

- (6) 訴訟協助
- (7) 法律諮詢

(13) 其他 _____

參、重返工作職場情形

一、請問您目前有沒有工作？

- (1) 有
- (2) 沒有 → 請跳答「參 (二)」

(一) 就業者工作狀況

一、請問您受傷後到恢復工作經歷多久時間？

二、請問您返回工作職場的原因是什麼？(可複選)

- (1) 因目前家計負擔需要
- (2) 證明自己工作能力
- (3) 為未來儲蓄養老金
- (4) 不想退休
- 其他 _____

三、請問您是如何找到目前的工作？(單選)

- (1) 回原事業單位工作
- (2) 就業服務機構推介
- (3) 受訓機構推介
- (4) 身心障礙機構推介
- (5) 親戚朋友介紹
- (6) 自行應徵
- (7) 自行創業
- (8) 其他 _____

四、目前的工作情形

四-1. 請問您目前的工作是「全時工作」還是「部分時間工作」？

- (1) 全時工作
- (2) 部分時間工作

四-2. 請問您目前的工作平均每週工作多少小時？ _____ 小時

四-3. 請問您目前平均每月的收入是多少錢？ _____ 元

五、請問您目前的工作職務是？

- (1) 企業主管及經理人員
- (2) 專業人員
- (3) 技術員及助理專業人員
- (4) 事務工作人員
- (5) 服務工作人員及售貨員
- (6) 農林漁牧工作人員
- (7) 技術工及有關工作人員
- (8) 機械設備操作及組裝工
- (9) 非技術工及體力工
- (10) 其他，請說明 _____

答完請跳答「第肆部分」

(二) 尚未重返工作職場之情形 (已就業者免填)

一、請問您目前沒有工作的主要原因是什麼？

- (1) 工作技能減退
- (2) 行動不便
- (3) 正在找工作
- (4) 勞資爭議中
- (5) 暫時不想工作
- (6) 仍在接受治療無法工作
- (7) 已經無法再工作
- (8) 退休
- (9) 其他，請說明_____

回答 6-8 選項者，跳答「第肆部分」

二、請問您願不願意參加職業訓練？

- (1) 願意
- (2) 不願意 → 請跳答「四」

三、您希望參加職業訓練的種類為何？（可複選）

- (1) 金屬、機械加工類
- (2) 電機、電匠類
- (3) 電子、儀表類
- (4) 焊接、配管類
- (5) 營建、木工類
- (6) 電腦、資訊類
- (7) 印刷、製版類
- (8) 看護工作
- (9) 清潔維護工作
- (10) 車輛維修類
- (11) 職業駕駛
- (12) 文化產業技藝訓練類
- (13) 民宿管理、餐飲服務類
- (14) 美容、美髮類
- (15) 居家服務類
- (16) 園藝、造景
- (17) 商業行銷類
- (18) 觀光旅遊服務類
- (19) 大眾傳播媒體類
- (20) 其他_____

答完請跳答「第肆部分」

四、請問您不願意參加職業訓練的原因有哪些為何？（不提示，可複選）

- (1) 本縣(市)職訓中心沒有合適的訓練職類
- (2) 參加職訓未必找到工作
- (3) 受訓期間無法負擔家計
- (4) 行動不便
- (5) 怕學不來
- (6) 不想接受訓練
- (7) 交通不便
- (8) 其他_____

- (1) 父母親
- (2) 祖父母
- (3) 兒女
- (4) 孫子女
- (5) 配偶
- (6) 兄弟姊妹
- (7) 同住家人
- (8) 受雇主要照顧者
- (65) 其他 _____ (請追問，並記錄)

5-1. 請問您與受訪者的關係？ (請問您是受訪者的什麼人)

- (1) 口、耳部受傷失能，無法本人接受訪問
- (2) 重度以上失能，無法接受訪問
- (3) 因受傷、失能體力不佳，無法接受訪問
- (4) 其他原因，請填寫開放紀錄

6. 受訪者性別？ (訪員請依提供資料勾選。若為代答者，則詢問樣本名單上該受訪者性別)

- (1) 男
- (2) 女

非常感謝您接受我們的訪問，祝您愉快！