



附表一

規定		說明											
附表一 勞動部職業病書面鑑定意見表 <input type="checkbox"/> 第一組 <input type="checkbox"/> 第二組 <input type="checkbox"/> 第三組(<input type="checkbox"/> 分組鑑定會 <input type="checkbox"/> 共同鑑定)		一、中央主管機關依勞工職業災害職業病鑑定作業實施辦法第六條規定，依受理案件之疾病類型，辦理分組或共同鑑定，將有關資料送請鑑定會委員作書面鑑定前，須依案件實際情形，選填本表適用鑑定組別、填列申請鑑定案件名稱及鑑定病名之欄位。 二、鑑定會委員於書面鑑定時，應勾選(單選)本表意見選項並備具理由，如勾選「就現有資料無法判斷，需再補充資料」，請敘明理由及需補充之資料，表格欄位不足得自行增加或加頁。 三、鑑定屬於勞工職業災害保險職業病種類表所列之疾病者，請勾選「職業病」或「非職業病」；鑑定屬腦血管與心臟疾病及精神疾病，請勾選「工作相關疾病」或「非工作相關疾病」；鑑定屬於第十條第一項以外之疾病(即非屬於勞工職業災害保險職業病種類表所列之疾病、腦血管與心臟疾病及精神疾病)，請勾選「職業病」、「工作相關疾病」或「非屬以上二者疾病」。											
一、申請鑑定案件名稱：													
二、為維護鑑定嚴謹與公正，鑑定會委員應依行政程序法第三十二條、第三十三條及第四十七條規定，遵守利益迴避原則，並禁止鑑定程序外之接觸。 請委員檢視(<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)上開情形，若有者，請勿填列鑑定意見。													
三、鑑定意見：													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>鑑定病名</th> <th>意見選項 (請勾選；單選)</th> <th>理由或說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td> 屬於勞工職業災害保險職業病種類表所列之疾病 <input type="checkbox"/>職業病 <input type="checkbox"/>非職業病 <input type="checkbox"/>就現有資料無法判斷，需再補充資料 </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> 屬腦血管與心臟疾病及精神疾病 <input type="checkbox"/>工作相關疾病 <input type="checkbox"/>非工作相關疾病 <input type="checkbox"/>就現有資料無法判斷，需再補充資料 </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> 第十條第一項以外之疾病 <input type="checkbox"/>職業病 <input type="checkbox"/>工作相關疾病 <input type="checkbox"/>非屬以上二者疾病 <input type="checkbox"/>就現有資料無法判斷，需再補充資料 </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	鑑定病名		意見選項 (請勾選；單選)	理由或說明		屬於勞工職業災害保險職業病種類表所列之疾病 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 非職業病 <input type="checkbox"/> 就現有資料無法判斷，需再補充資料			屬腦血管與心臟疾病及精神疾病 <input type="checkbox"/> 工作相關疾病 <input type="checkbox"/> 非工作相關疾病 <input type="checkbox"/> 就現有資料無法判斷，需再補充資料			第十條第一項以外之疾病 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 工作相關疾病 <input type="checkbox"/> 非屬以上二者疾病 <input type="checkbox"/> 就現有資料無法判斷，需再補充資料	
鑑定病名	意見選項 (請勾選；單選)	理由或說明											
	屬於勞工職業災害保險職業病種類表所列之疾病 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 非職業病 <input type="checkbox"/> 就現有資料無法判斷，需再補充資料												
	屬腦血管與心臟疾病及精神疾病 <input type="checkbox"/> 工作相關疾病 <input type="checkbox"/> 非工作相關疾病 <input type="checkbox"/> 就現有資料無法判斷，需再補充資料												
	第十條第一項以外之疾病 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 工作相關疾病 <input type="checkbox"/> 非屬以上二者疾病 <input type="checkbox"/> 就現有資料無法判斷，需再補充資料												
鑑定會委員： _____ (簽章) _____ 年 月 日													