WIRM® REHABILITATION & RETURN TO WORK PLAN
請立刻 Email 到 : WIRM@marsh.com

* DOCTOR TO COMPLETE *

The Employer/Main Contractor 僱主 / 總承判商 : _____

The Injured 傷者 : _____ DOI 意外日期 : _____ Diagnosis 診斷: _____

☐ Fit for normal duties /適合返回正常工作崗位由_____。

☐ Fit for modified duties from 適合返回合適工作崗位由_____ to 至 _____

☐ Any other treatment/ 仍需接受治療:☐ Yes 是 /☐ No 否 請註明 _____

(Tick relevant information and cross out the N/A items for the ones with **) / 在下列"√"有關資料及在"**"列刪除不必要的項目)

The following Restrictions Apply / 限制:

☐ No lifting over _____ kilos/ 不能提舉超過 _____公斤
☐ No work above shoulder height/ 不能提舉超過肩部
☐ **No left / right handed work continuously for_____min/ 避免連續左/右手工作超過____分鐘
☐ **No pushing / pulling over____kgs continuously for____min/ 避免連續推/拉動作超過____ 公斤並超過____分鐘
☐ No repetitive use of _____ continuously for____min/ 不能重覆運用_____超過____分鐘
☐ **No bending / twisting / squatting continuously for____min/ 避免連續彎腰 / 扭曲身體 / 蹲下超過____分鐘
☐ **No prolonged standing / walking/sitting for over_____hrs/ 避免連續站/ 走路/ 坐超過 _____ 小時
☐ No climbing of_____flight of stairs/ 避免上落 _____層樓梯
☐ **No driving / operating machinery/ 避免駕駛 / 操作任何機械
☐ Keep wound clean and dry/ 保持傷口乾爽清潔及避免濕水
☐ Restricted _____hours per day/ 限制每天工作 _____ 小時
☐ Rest _____ mins for working_____ hrs/ 每_____小時工作休息_____分鐘

Others / 其他 :

_____

_____

☐ Does **NOT** need further review/不需要覆診 ☐ Next review on/下次覆診日期 _____

Please explain the above to the injured, copy of this form, instruct s/he to contact Supervisor and hand this form to the Supervisor for "Modify Duties" arrangement. /
請解釋以上資料及影印一份副本給傷者，並指示傷者聯絡及將此表格交給工作主管，以便安排適當"合適工作崗位"。

Acknowledgement/ 明白及確認

Doctor Signature with chop / 醫生簽署及蓋印 The Injured Signature / 傷者簽署

Date/日期 : _____ Date/日期 : _____

* THE EMPLOYER/THE SUPERVISOR TO COMPLETE*

The following "Modify Duties" have been designed for the above Injured/ **下列之"合適工作崗位"已安排給上述傷者。**

_____

_____

_____

The Injured / 傷者 Date / 日期 :

The Employer / 僱主 Date / 日期 :

Doctor / 醫生 Date / 日期 :

MARSH Consultant / 復康經理 Date / 日期 :

Version: May 2021