

## 一般勞工體格及健康檢查紀錄表

## 一、基本資料

姓名：

身分證字號：

性別：男 女

出生日期：

事業單位名稱：

受僱日期：

檢查日期：

## 二、作業經歷（無經歷者可填寫：無/待業中，請勿空白）

1. 曾經從事\_\_\_\_\_，起始日期：\_\_\_\_年\_\_月，截止日期：\_\_\_\_年\_\_月，共\_\_\_\_年\_\_月

2. 目前從事\_\_\_\_\_，起始日期：\_\_\_\_年\_\_月，截止日期：\_\_\_\_年\_\_月，共\_\_\_\_年\_\_月

3. 是否需輪班：是（兩班制 三班制 四班制 其他：\_\_\_\_\_）否

4. 過去 1 個月，平均每週工時為：\_\_\_\_小時（請以檢查日前1個月填寫，無請寫「0」）；

5. 過去 6 個月，平均每週工時為：\_\_\_\_小時（請以檢查日前6個月填寫，無請寫「0」）

## 三、檢查時期：

1. 檢查原因：新進員工（受僱時）(H1) 定期檢查(H2)

## 四、既往病史

您是否曾患有下列慢性疾病：（如果有請打「√」）

高血壓 糖尿病 心臟病 癌症\_\_\_\_\_ 白內障 中風 癲癇 氣喘慢性氣管炎、肺氣腫 肺結核 腎臟病 肝病 貧血 中耳炎 聽力障礙甲狀腺疾病 消化性潰瘍、胃炎 逆流性食道炎 骨折\_\_\_\_\_ 手術開刀\_\_\_\_\_其他慢性病\_\_\_\_\_ 以上皆無

## 五、生活習慣

1. 請問您過去一個月內是否有吸菸？

從未吸菸 偶爾吸(不是天天)（幾乎）每天吸，平均每天吸\_\_\_\_\_支，已吸菸\_\_\_\_年已經戒菸，戒了\_\_\_\_年\_\_個月。

2. 請問您最近六個月內是否有嚼食檳榔？

從未嚼食檳榔 偶爾嚼(不是天天)（幾乎）每天嚼，平均每天嚼\_\_\_\_\_顆，已嚼\_\_\_\_年已經戒食，戒了\_\_\_\_年\_\_個月。

3. 請問您過去一個月內是否有喝酒？

從未喝酒 偶爾喝(不是天天)（幾乎）每天喝，平均每週喝\_\_\_\_\_次，最常喝\_\_\_\_\_酒，每次\_\_\_\_瓶已經戒酒，戒了\_\_\_\_年\_\_個月。

4. 請問您於工作日期間，平均每天睡眠時間為：\_\_\_\_小時。

## 六、自覺症狀：您最近三個月是否常有下列症狀：（如果有請打「√」）

咳嗽 咳痰 呼吸困難 胸痛 心悸 頭暈 頭痛 耳鳴 倦怠 噁心 腹痛便秘 腹瀉 血便 上背痛 下背痛 手腳麻痛 關節疼痛 排尿不適 多尿、頻尿手腳肌肉無力 體重減輕3公斤以上 其他症狀\_\_\_\_\_ 以上皆無

※以上內容均由受檢人填寫，並確認無誤

受檢人員簽名：\_\_\_\_\_

◎填表說明：請於體檢前填妥本表以上一至六項，再至診間報到，若事業單位已提供者免重複填寫。

一般勞工體格及健康檢查紀錄表

七、檢查項目 (以下1-7項由6診護理人員填寫，如有異常請填寫異常原因)

1. 身高：_____公分	5. 聽力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	健檢護理師 簽章
2. 體重：_____公斤	6. 辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
3. 腰圍：_____公分	7. 血壓：_____/____ mmHg	
4. 視力(矯正)：左_____右_____		

八、各系統或部位身體檢查及問診： (以下1-10項由醫師填寫，如有異常請填寫異常原因)

1. 頭頸部 (結膜、淋巴腺、甲狀腺) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	2. 神經系統 (感覺) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
3. 心臟血管系統 (心律、心雜音) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	4. 肌肉骨骼 (四肢) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
5. 消化系統 (黃疸、肝臟、腹部) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	6. 皮膚 (外傷、出疹、膿瘡) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
7. 呼吸系統 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	8. 問診 (自覺症狀/睡眠)：_____
9. 胸部X光：_____	

九、檢驗項目 (以下由醫檢師確認檢驗項目已完成報告)

血液 檢查	白血球(WBC)	尿液 檢查	尿糖(Sugar)
	紅血球計 (RBC)		膽紅素(bilirubin)
	血色素 (Hb)		尿中酮體(ketone)
	血球容積比 (Hct)		尿比重(specific gravity)
	平均血球容積 (MCV)		尿潛血(occult blood)
	平均血紅素 (MCH)		尿酸鹼值(pH)
	平均紅血球血紅素濃度 (MCHC)		尿蛋白(protein)
	血小板計數 (platelet)		尿膽元(urobilinogen)
生化 檢查	總膽固醇(T-CHO)	備註欄	尿中亞硝酸鹽(nitrite)
	三酸甘油脂(TG)		白血球酯酵素(leu. esterase)
	飯前血糖(AC Sugar)		
	肌酸酐(creatinine)		
	血清丙胺酸轉胺(GPT)		
	高密度膽固醇(HDL)		
低密度膽固醇(LDL)【在職】			
醫檢師 簽章			

十、應處理及注意事項 (以下由醫師填寫，可複選)

1.  檢查結果大致正常，請定期健康檢查。

2.  檢查結果部分異常：\_\_\_\_\_，宜在  
3個月 1個月 近期 其他：\_\_\_\_\_ 期限內至醫療機構  
內科 胃腸肝膽科 心臟內科 其他：\_\_\_\_\_，實施健康追蹤檢查。

3.  檢查結果異常，建議不適宜從事\_\_\_\_\_作業。(請說明原因：\_\_\_\_\_)

4.  檢查結果異常，建議調整工作(可複選)：  
縮短工作時間 (請說明原因：\_\_\_\_\_) )  
更換工作內容 (請說明原因：\_\_\_\_\_) )  
變更作業場所 (請說明原因：\_\_\_\_\_) )

5. 其他：\_\_\_\_\_

醫院名稱：常春醫院	醫療院所開業執照字號：彰衛院字第1537051318號
醫療院所地址：彰化縣員林市員集路二段501號	醫療院所電話：04-8376689
醫師姓名(簽章)：_____	醫師證書字號：醫字第_____號
中華民國_____年_____月_____日	