

# 國立高雄大學

## 新進人員一般體格檢查紀錄表

(正面)

請受檢員工於勞工健檢前，填妥本頁六大項資料，再交由醫護人員進行健檢。

					員編	
<b>一、基本資料</b>					姓名	
受僱日期	年 月	工作單位			(請務必於健檢前貼妥照片)	
出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
身分證字號		單位電話				
<b>二、作業經歷</b>						
	工作項目	起始日期	截止日期	共計期間		
曾經從事		年 月	年 月	年 月		
目前從事		年 月	年 月	年 月		
過去 1 個月，平均每週工時為：_____ 小時；過去 6 個月，平均每週工時為：_____ 小時						
<b>三、檢查時期 (原因)：</b> <input type="checkbox"/> 新進員工 (受僱時) <input type="checkbox"/> 定期檢查						
<b>四、既往病史 - 您是否曾患有下列慢性疾病：(請在適當項目前打勾)</b>						
<input type="checkbox"/> 1.高血壓	<input type="checkbox"/> 8.氣喘	<input type="checkbox"/> 15.聽力障礙				
<input type="checkbox"/> 2.糖尿病	<input type="checkbox"/> 9.慢性氣管炎、肺氣腫	<input type="checkbox"/> 16.甲狀腺疾病				
<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 10.肺結核	<input type="checkbox"/> 17.消化性潰瘍、胃炎				
<input type="checkbox"/> 4.癌症：_____	<input type="checkbox"/> 11.腎臟病	<input type="checkbox"/> 18.逆流性食道炎				
<input type="checkbox"/> 5.白內障	<input type="checkbox"/> 12.肝病	<input type="checkbox"/> 19.骨折：_____				
<input type="checkbox"/> 6.中風	<input type="checkbox"/> 13.貧血	<input type="checkbox"/> 20.手術開刀				
<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 14.中耳炎	<input type="checkbox"/> 21.其他慢性病				
				<input type="checkbox"/> 22.以上皆無		
<b>五、生活習慣</b>						
1.請問您過去一個月內是否有吸菸？						
<input type="checkbox"/> 1.從未吸菸 <input type="checkbox"/> 2.偶爾吸(不是天天) <input type="checkbox"/> 3. (幾乎) 每天吸，平均每天吸 _____ 支，已吸菸 _____ 年						
<input type="checkbox"/> 4.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？						
<input type="checkbox"/> 1.從未嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 2.偶爾嚼(不是天天) <input type="checkbox"/> 3. (幾乎) 每天嚼，平均每天嚼_____顆，已嚼 _____年						
<input type="checkbox"/> 4.已經戒食，戒了_____年 _____個月						
3.請問您過去一個月內是否有喝酒？						
<input type="checkbox"/> 1.從未喝酒 <input type="checkbox"/> 2.偶爾喝(不是天天)						
<input type="checkbox"/> 3. (幾乎) 每天喝，平均每週喝_____次，最常喝_____酒，每次_____瓶						
<input type="checkbox"/> 4.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						
<b>六、自覺症狀：您最近三個月是否常有下列症狀：(請請受檢者依自身實際症狀勾選)</b>						
<input type="checkbox"/> 1.咳嗽 <input type="checkbox"/> 2.咳痰 <input type="checkbox"/> 3.呼吸困難 <input type="checkbox"/> 4.胸痛 <input type="checkbox"/> 5.心悸 <input type="checkbox"/> 6.頭暈 <input type="checkbox"/> 7.頭痛 <input type="checkbox"/> 8.耳鳴						
<input type="checkbox"/> 9.倦怠 <input type="checkbox"/> 10.噁心 <input type="checkbox"/> 11.腹痛 <input type="checkbox"/> 12.便秘 <input type="checkbox"/> 13.腹瀉 <input type="checkbox"/> 14.血便 <input type="checkbox"/> 15.上背痛 <input type="checkbox"/> 16.下背痛						
<input type="checkbox"/> 17.手腳麻痛 <input type="checkbox"/> 18.關節疼痛 <input type="checkbox"/> 19.排尿不適 <input type="checkbox"/> 20.多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 21.手腳肌肉無力						
<input type="checkbox"/> 22.體重減輕 3 公斤以上 <input type="checkbox"/> 23.其他症狀_____ <input type="checkbox"/> 24.以上皆無						

檢查日期：

姓名：

(反面)

七、檢查項目：

1.身高：

2.體重：\_\_\_\_\_ 公斤，腰圍：\_\_\_\_\_ 公分

3.血壓 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

4.視力(矯正)：左\_\_\_\_\_右\_\_\_\_\_；辨色力測試：正常 辨色力異常

5.聽力檢查：正常 異常

6.各系統部位理學檢查：

(1)頭頸部(結膜、淋巴腺、甲狀腺)：

(2)呼吸系統：

(3)心臟血管系統(心律、心雜音)：

(4)消化系統(黃疸、肝臟、腹部)：

(5)神經系統(感覺、睡眠)：

(6)肌肉骨骼系統(四肢)：

(7)皮膚：

7.胸部 X 光：

8.尿液檢查：尿蛋白\_\_\_\_\_ 尿潛血 \_\_\_\_\_

9.血液檢查：血色素\_\_\_\_\_ 白血球\_\_\_\_\_

10.生化血液檢查：血糖\_\_\_\_\_ 血清丙胺酸轉胺酶(ALT) \_\_\_\_\_ 肌酸酐(creatinine)\_\_\_\_\_  
膽固醇\_\_\_\_\_三酸甘油脂\_\_\_\_\_高密度脂蛋白膽固醇(HDL) \_\_\_\_\_

八、應處理及注意事項：

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( )內至醫療機構 \_\_\_\_\_ 科，實施健康追蹤檢查。

3.檢查結果過異常，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： )

其他 (請說明原因： )

5.其他：\_\_\_\_\_

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：

健檢機構名稱、電話、地址：