

國立中正大學

勞工一般健康檢查紀錄表

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。

一、基本資料				
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身分證號		出生日期	年 月 日	
到職日期	年 月	單位/分機	單位	分機
二、作業經歷				
	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
	是否需輪班 <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 兩班制 <input type="checkbox"/> 三班制 <input type="checkbox"/> 四班制 <input type="checkbox"/> 其他：____) <input type="checkbox"/> 否			
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)；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)				
三、檢查時期(原因)：定期檢查				
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)				
<div><div><input type="checkbox"/>1. 高血壓 <input type="checkbox"/>2. 糖尿病 <input type="checkbox"/>3. 心臟病 <input type="checkbox"/>4. 癌症：____ <input type="checkbox"/>5. 白內障 <input type="checkbox"/>6. 中風 <input type="checkbox"/>7. 癲癇</div><div><input type="checkbox"/>8. 氣喘 <input type="checkbox"/>9. 慢性氣管炎、肺氣腫 <input type="checkbox"/>10. 肺結核 <input type="checkbox"/>11. 腎臟病 <input type="checkbox"/>12. 肝病 <input type="checkbox"/>13. 貧血 <input type="checkbox"/>14. 中耳炎</div><div><input type="checkbox"/>15. 聽力障礙 <input type="checkbox"/>16. 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/>17. 消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/>18. 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/>19. 骨折：____ <input type="checkbox"/>20. 手術開刀 <input type="checkbox"/>21. 其他慢性病 <input type="checkbox"/>22. 以上皆無</div></div>				
五、生活習慣				
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				
六、自覺症狀：您最近三個月是否常有下列症狀：(請受檢者依自身實際症狀勾選)				
<div><div><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</div><div><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</div><div><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</div><div><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</div></div>				

健康檢查記錄表

檢查日期：

姓名：

七、檢查項目：
1. 身高：_____公分
2. 體重：_____公斤，BMI: _____，腰圍：__公分
3. 血壓_____ / _____ mmHg
4. 視力(矯正)：左_____右_____；辨色力測試： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常
5. 聽力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 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) _____
低密度脂蛋白膽固醇(LDL) _____
八、應處理及注意事項：
1. <input type="checkbox"/> 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。
2. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 檢查結過異常，建議不適宜從事_____作業。(請說明原因)。
4. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議調整工作。(可複選)：
<input type="checkbox"/> 縮短工作時間 (請說明原因：)
<input type="checkbox"/> 更換工作內容(請說明原因：)
<input type="checkbox"/> 變更作業場所 (請說明原因：)
<input type="checkbox"/> 其他 (請說明原因：)
5. <input type="checkbox"/> 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：