

# 銘傳大學

## 教職員工一般健康檢查紀錄

### 一、基本資料

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 性別：男 女 3. 身分證字號：\_\_\_\_\_
4. 出生日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 5. 受僱日期 \_\_\_\_年\_\_\_\_月 6. 檢查日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
7. 工作單位：\_\_\_\_\_ 8. 單位聯絡電話：\_\_\_\_\_

### 二、作業經歷

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. 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

### 三、檢查時期（原因）：新進員工（受僱時） 定期檢查（在職時）

### 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）

- 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：（請在適當項目前打勾）

- 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

### 填表說明

- 一、請受檢員工於健檢前，填妥基本資料、作業經歷、檢查時期、既往病史、生活習慣及自覺症狀六大項，再交由醫護人員作確認，以有效篩檢出疾病。

===== 【以下由醫護人員填寫】 =====

檢查日期： \_\_\_\_\_ 姓名： \_\_\_\_\_

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 _____
5. 聽力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	辨色力測試： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常
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)：	
(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：

- 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。
- 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。
- 檢查結果異常，建議不適宜從事 \_\_\_\_\_ 作業。(請說明原因 \_\_\_\_\_ )。
- 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： \_\_\_\_\_ )
- 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：