

## 輔仁大學 新進教職員工體格檢查表

(請詳細填寫粗框內個人資料)

檢查日期 年 月 日

單位名稱	學院	系所	職稱	職編	身分證字號
姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	出生日期
通訊地址	受雇日期		年 月 日	聯絡電話	

個人史	1.請問您過去一個月內是否有吸菸？ <input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 偶爾吸(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天吸，平均每天吸 支，已吸菸__年 <input type="checkbox"/> 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"/> 從未嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 偶爾嚼(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天嚼，平均每天嚼__顆，已嚼__年 <input type="checkbox"/> 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"/> 從未喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天喝，平均每週喝__次， 最常喝__酒，每次__瓶 <input type="checkbox"/> 已經戒酒，戒了__年__個月。	自覺症狀(三個月內) 有下列症狀，請示以“√” <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 上背痛 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 手腳麻痛 <input type="checkbox"/> 關節疼痛 <input type="checkbox"/> 排尿不適 <input type="checkbox"/> 多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 體重減輕3公斤以上 <input type="checkbox"/> 其他症狀_____
既往病史 曾患右列各病否，請示以“√”	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癌症_____	外科病史 是否曾做過手術治療？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 何種手術名稱：_____
家庭病史	<input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 慢性氣管炎、肺氣腫 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 貧血(缺鐵性/海洋性) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 骨折_____ <input type="checkbox"/> 其他慢性病_____	時間：_____年_____月 家庭病史 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 其他_____
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。	長期服藥_____年；藥名_____
請問您於工作日期間， 平均每天睡眠時間為：____小時。		
將於本校從事以下作業，請打勾： <input type="checkbox"/> 動物實驗 <input type="checkbox"/> 甲醛 <input type="checkbox"/> 特別危害健康之作業：_____		

檢查項目	結果	檢查項目	結果
一般檢查	身高	各項系統學檢查	呼吸系統
	體重		心臟循環系統
	腰圍		(心律、心雜音)
	血壓		頭頸部
視力檢查	聽力	R:            L:	(結膜、淋巴腺、甲狀腺)
	裸視	R:            L:	肌肉骨骼(四肢)
	矯正	R:            L:	消化系統
	辨色力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 色盲	(黃膽、肝臟、腹部)
			神經系統(感覺、睡眠)
			皮膚

檢查項目		結果	檢查項目		結果
血液常規檢查	紅血球 RBC 男 4.2-6.2 女 3.7-5.5		血脂肪	三酸甘油脂 T-G 35-150	
	白血球 WBC 4000-11000			總膽固醇 T-cho <200	
	血色素 HB 男 12.3-18.3 女 11.3-15.3			高密度脂蛋白膽固醇 HDL >35.0	
	血球容積比 HCT 男 39-53 女 36.00-48.00		尿液檢查	尿糖 Sugar	
	平均紅血球血紅容積 MCV 79-99			尿蛋白 Protein	
	平均紅血球血紅素量 MCH 26-34			尿潛血 Occlt Blood	
	平均紅血球血紅素濃度 MCHC 30-36			酸鹼值 pH	
	血小板 PLAT 140-400			膽紅素 Bilirubin	
	嗜中性球百分比 NEUT 39-74			尿膽素原 Urobilinogen	
	淋巴球 Lympho 19-48			亞硝酸 Nitrite	
	單核球 Mono 2-10			酮體 Ketone	
	紅血球寬度分佈 RDW 11-16			尿白血球 Leukocytes	
	血小板寬度分佈 PDW 10-22			尿比重 Specific Gravity	
	血小板體積 MPV 4-13		血糖 AC Glucose 70-110		
	血小板血球率 P-LCR 14-43		血清丙胺酸轉胺酶 SGPT <41		
	嗜中性球絕對值 NEU (C) 1.5-8		肌酸酐 CRE A 0.50-1.50		
	淋巴球絕對值 LYM (C) 0.5-4		胸部數位X光檢查		
	單核球絕對值 MONO (C) 0.0-0.8				

體格檢查項目以勞動部訂定勞工健康保護規則為主  
字底反灰為必檢項目

依據職業安全衛生法與勞工健康保護規則之規定，此體格檢查紀錄學校應予保存，保存年限依本法規定辦理。

應處理及注意事項（可複選）

- 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（期限\_\_\_\_\_）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：\_\_\_\_\_）。
- 其他：\_\_\_\_\_。

健康檢查醫院		總醫師評	
		負責醫師簽章 證書字號	