

# 國營臺灣鐵路股份有限公司臺東工務段 契約人員（一般人員）體格檢查表

（請加蓋檢查醫療機構騎縫章）

## 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.住址：\_\_\_\_\_ 6.工作單位：\_\_\_\_\_

### 貼相片處

一年以內一吋  
正面脫帽半身相片

## 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

## 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、請受檢員工於勞工健檢前，填妥本表**第一項至第六項**，再交由醫護人員作確認，以有效篩檢出疾病；若事業單位已提供受檢員工基本資料及作業經歷電子檔給認可醫療機構，可不必要請受檢員工重複填寫。
- 二、自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。
- 三、應考人體格檢查注意事項及檢查醫師注意事項詳如第3頁，請務必詳閱。

## 七、檢查項目【本項由醫護人員填寫】

1. 身高：\_\_\_\_\_公分
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. 各系統或部位身體檢查及問診：
  - (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(四肢)
  - (7)皮膚
  - (8)問診(自覺症狀與睡眠概況等)
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\_\_\_\_\_(飯前/飯後) 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\_\_\_\_\_
11. 其他經中央主管機關規定之檢查\_\_\_\_\_

## 八、應處理及注意事項(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(\_\_\_\_期限)內至醫療機構 科，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：\_\_\_\_\_)
  - 其他：\_\_\_\_\_ (請說明原因：\_\_\_\_\_)
5. 其他：\_\_\_\_\_。

健檢機構名稱、電話、地址：

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：

備註：各系統或部位身體檢查，健檢醫師應依各別員工之實際狀況，作詳細檢查。

## 應考人體格檢查注意事項

- 一、錄取人員之體格檢查，由下列醫療機構辦理之：
  - (一)公立醫院
  - (二)衛生福利部評鑑合格之教學醫院
  - (三)直轄市及縣(市)衛生局所屬各鄉(鎮、市、區)衛生所
  - (四)衛生福利部中央健康保險署所屬各聯合門診中心
  - (五)全民健康保險特約醫院

**選擇醫療機構時請先詢問是否提供本體格檢查表所列檢查項目，若無法完全提供檢查，請另至其他健全之醫療機構辦理體格檢查。**
- 二、檢查費應由錄取人員自行繳納，檢查時如發現特殊症狀，須經特別檢查時，得由檢查機構另行酌收費用。
- 三、一般醫療機構體格檢查報告約需相當時間方能完成，請於收到本函後，儘速前往指定醫療機構辦理體格檢查。寄送體格檢查表前，請再逐一檢查各項檢查項目是否均已完成(1.相片是否加蓋騎縫章。2.檢查日期、檢查項目不可以有「未檢查」字樣或空白。3.檢查機構、檢查醫師簽名蓋章及加蓋所屬之醫療機構印信)，並自行影印留存備份。

## 檢查醫師注意事項

- 一、檢查醫師於檢查前，核對受檢人員面貌與體格檢查表所貼相片相符，及受檢人在檢查表所填各欄資料無訛後，依表列檢查項目逐一檢查，詳細記載。
- 二、檢查完竣後，由檢查醫師簽名蓋章，填寫年月日，加蓋檢查醫療機構印信，並於相片上加蓋騎縫章。