

臺中捷運股份有限公司體格檢查表(一般人員)

檢查原因：新進人員體檢 在職員工定期體檢 轉任/復職體檢 檢查日期： 年 月 日

【請受檢人於體檢前填妥檢查表第1頁，再交由醫護人員作確認，以有效篩檢出疾病】

部門/單位：	職稱：	員工編號：	貼相片處 (正面脫帽相片) 加蓋檢查機構騎縫章
姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型：	
身分證字號：	出生日期： 年 月 日		
聯絡電話：	聯絡地址：		
作業經歷	1.曾經從事	<input type="checkbox"/> 游離輻射線作業 <input type="checkbox"/> 高架作業(高度2公尺以上) <input type="checkbox"/> 醇及酮/苯及苯之衍生物作業(噴漆作業) <input type="checkbox"/> 其他作業_____起訖日期： 年 月至 年 月，共 年 月	
	2.目前從事	<input type="checkbox"/> 游離輻射線作業 <input type="checkbox"/> 高架作業(高度2公尺以上) <input type="checkbox"/> 醇及酮/苯及苯之衍生物作業(噴漆作業) <input type="checkbox"/> 其他作業_____起訖日期： 年 月至 年 月，共 年 月	
	3.目前從事之作業是否需上 夜班 (該班次之全部工作時間在晚上8時至凌晨8時之內)?	<input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 每月需上夜班不足10天 <input type="checkbox"/> 每月需上夜班10天以上 <input type="checkbox"/> 每月需上夜班20天以上	
	4.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		
既往病史	您是否曾患有慢性疾病	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 其他慢性病_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無 <input type="checkbox"/> 手術開刀_____	
	目前服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，藥名：_____ / 作用：_____	
生活習慣	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。	
	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	
	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。	
	4.請問您於 工作日期間 ，平均 每天 睡眠時間為_____小時		
自覺症狀	您最近三個月是否常有右列症狀：	<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_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無	

臺中捷運股份有限公司體格檢查表(一般人員)

【以下由醫護人員填寫】

1.精神狀況：		2.脈搏： 次/分		3.呼吸： 次/分	
4.身高： 公分	5.體重： 公斤	6.腰圍： 公分		7.血壓： / mmHg	
8.視力(矯正)：左眼 (矯正)、右眼 (矯正)			9.辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		10.聽力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
11.各系統或部位理學檢查					
(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(黃膽、肝臟、腹部)：			
(5)神經系統(感覺)：		(6)肌肉骨骼(四肢)：			
(7)皮膚：		(8)口腔：			
12.尿液常規檢查					
(1)尿蛋白：		(2)尿潛血：			
13.血液常規檢查					
(1)血色素：		(2)白血球：			
14.糖尿病檢查					
(1)飯前血糖：					
15.肝腎功能檢查					
(1)丙胺酸轉胺酶(ALT)：		(2)肌酸酐(Crea)：			
16.血脂肪檢查					
(1)膽固醇：		(2)三酸甘油酯：			
(3)高密度脂蛋白膽固醇：		(4)低密度脂蛋白膽固醇：			
20.胸部 X 光：					
檢查機構 (加蓋印信)	應處理及注意事項(可複選)：				
	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_____ (期限)內至_____科，實施追蹤檢查。 3. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，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)： (1) <input type="checkbox"/> 縮短工作時間(請說明原因：_____)。 (2) <input type="checkbox"/> 更換工作內容(請說明原因：_____)。 (3) <input type="checkbox"/> 變更作業場所(請說明原因：_____)。 (4) <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請說明原因：_____)。 5. <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請說明原因：_____)。				
	檢查機構名稱：		檢查機構電話：		
檢查機構地址：					
檢查醫師姓名(簽章)及證書字號：				報告日期： 年 月 日	

【請受檢人於體檢後查對各項體檢項目有無或漏登載紀錄，如有漏檢或漏登者，視同未完成體格檢查】