

實踐大學教職員工健康檢查實施辦法

108 年 9 月 17 日 108 學年度第 1 學期第 1 次行政會議通過

- 第一條 本辦法依據職業安全衛生法第二十三條及勞工健康保護規則第十至十二條規定，雇主應使醫護人員、勞工健康服務相關人員配合職業安全衛生、人力資源管理及相關部門人員辦理所定業務；職業安全衛生法第二十條及勞工健康保護規則第十五條、第十六條規定，雇主於僱用勞工時，應施行勞工體格檢查；對在職勞工應定期施行勞工健康檢查及從事特別危害健康作業之特殊健康檢查[以下簡稱勞工健康暨特殊健康檢查]，勞工對勞工體格檢查及勞工健康檢查[以下簡稱勞工體格（健康）檢查]有接受之義務，爰訂定實踐大學教職員工健康檢查實施辦法[以下簡稱本辦法]。
- 第二條 本辦法目的期藉由檢查瞭解員工健康狀況，及早發現及早治療以適切分配調整工作。
- 第三條 本辦法所規範之人員包括本校所有受雇勞工。
- 第四條 本辦法實施時間和地點：
- 一、勞工體格檢查：新進勞工到職前自行至中央主管機關認可之醫療機構(見第十九條)執行。
 - 二、勞工健康檢查：在職勞工配合學生事務處衛生保健一組及生活輔導二組洽商承辦本校勞工健康暨特殊健康檢查巡迴醫療院所集中在校辦理為原則；未及於前述者，得再洽承辦單位安排實施到院補檢。或於當學年間（配合會計年度核銷認可受檢單據日期 8 月至隔年 7 月 10 日）自行至中央主管機關認可之醫療機構(見第十九條)執行。
 - 三、特殊健康檢查：從事特別危害健康作業之在職勞工配合學生事務處衛生保健一組洽商承辦本校勞工健康暨特殊健康檢查巡迴醫療院所集中在校辦理為原則；未及於前述者，得再洽承辦單位安排實施到院補檢。或於當學年間（配合會計年度核銷認可受檢單據日期 8 月至隔年 7 月 10 日）自行至中央主管機關認可之醫療機構(見第十九條)執行。
- 第五條 本辦法對在職勞工應實施勞工健康檢查頻率：
- 一、未滿 40 歲者，每 5 年檢查 1 次。
 - 二、年滿 40 歲至未滿 65 歲者，每 3 年檢查 1 次。
 - 三、年滿 65 歲以上者，每年檢查 1 次。
 - 四、依每年 3 月、10 月人力資源室一組交附資料為準。
- 第六條 本辦法對從事特別危害健康作業之特殊健康檢查應實施頻率，每年檢查 1 次。

第七條 本辦法為辦理所定業務，爰訂定本校相關行政單位職掌工作如下：

一、人力資源室(人資一組及人資二組)：

(一)、督導新進勞工進行勞工體格檢查，收取體格檢查紀錄每月送至學生事務處衛生保健一組及生活輔導二組；督導在職勞工參與勞工健康檢查活動。

(二)、每年3月、10月提供受雇勞工名冊。

二、總務處事務一組及事務二組：

(一)、協助勞工健康檢查醫院遴選。

(二)、依據採購作業流程，督導及協助辦理單位。

三、總務處環安組及事務二組：

(一)、監測管理及改善作業環境，確保教職員工享有安全衛生之工作環境。

(二)、每年3月提供從事特別危害健康作業者名冊。

四、學生事務處衛生保健一組及生活輔導二組：

(一)、每年辦理全校性之勞工健康暨特殊健康檢查活動。

(二)、勞工體格(健康)檢查結果之分析與評估及健康管理。

(三)、勞工體格(健康)檢查結果之資料保存；勞工體格檢查與勞工健康檢查紀錄至少七年，特殊健康檢查紀錄至少十年；離職或不錄用者不在此限併銷毀紀錄。

(四)、勞工體格(健康)檢查結果之異常者之個別追蹤管理及健康指導。

(五)、依勞工檢查結果之提供健康教育、衛生指導、身心健康保護、健康促進等措施之策劃及實施。

(六)、依法辦理所定業務，其四大計畫問卷統計、分析，提供健康教育、衛生指導、身心健康保護、健康促進等措施之策劃及實施。

(七)、僱用或特約從事勞工健康服務之醫師：

1.定期臨場健康服務(臨場健康服務執行紀錄表參見附件一)，並提出改善建議。

2.協助從事特別危害健康作業者之特殊健康檢查健康分級管理。

五、前述單位共同合作推動辦理；其他行政、學術單位配合推廣參與。

第八條 本校勞工應履行本辦法規定之勞工體格(健康)檢查責任如下：

一、新進勞工及在職勞工有接受勞工健康暨特殊健康檢查及勞工體格(健康)

檢查之義務，依職業安全衛生法第二十條之規定，未依照規定進行健康檢查者，勞動檢查機關可處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

二、新進勞工到職前需進行勞工體格檢查，到職1個月內將檢查報告送交人力資源室(人資一組及人資二組)。

三、在職勞工依第五條第二項及第三項執行，其法規檢查項目(如附件四、附件五)需符合規定，否則將因項目不符被視為未檢查；此外亦需將檢查紀錄正本或影本於當學年結束前交至學生事務處衛生保健一組及生活輔導二組登錄與留存備查，否則將因未繳交被視為未檢查。

第九條 本辦法實施經費來源為本校專案經費。

第十條 本辦法實施補助對象及方式：

- 一、依第三條規範之人員併在職服務期滿 6 個月以上(含)，參與本校勞工健康暨特殊健康檢查或於時程內安排實施到院補檢完成者，得統一由學生事務處衛生保健一組及生活輔導二組申請核銷；留職停薪者不在此限。
- 二、依第三條規範之人員併在職服務期滿 6 個月以上(含)，自赴中央主管機關認可之醫療機構檢查符合第九條第三款者，得自行填寫勞工健康檢查補助費申請單(如附件二)及本校收支憑證粘貼紙，於繳交報告時一同送交學生事務處衛生保健一組及生活輔導二組申請，補助經費以當學年承辦本校勞工健康暨特殊健康檢查巡迴醫療院所得標法規檢查項目價格為最高補助；留職停薪者不在此限。

第十一條 本辦法所規定之從事特別危害健康作業係指職業安全衛生法施行細則第二十八條所規定之作業（如下表所示）。

項次	作業名稱
一	高溫作業勞工作息時間標準所稱之高溫作業。
二	勞工噪音暴露工作日八小時日時量平均音壓級在八十五分貝以上之噪音作業。
三	游離輻射作業。
四	異常氣壓危害預防標準所稱之異常氣壓作業。
五	鉛中毒預防規則所稱之鉛作業。
六	四烷基鉛中毒預防規則所稱之四烷基鉛作業。
七	粉塵危害預防標準所稱之粉塵作業。
八	有機溶劑中毒預防規則所稱之下列有機溶劑作業： (一)1，1，2，2-四氯乙烷。 (二)四氯化碳。 (三)二硫化碳。 (四)三氯乙烯。 (五)四氯乙烯。 (六)二甲基甲醯胺。 (七)正己烷。
九	製造、處置或使用下列特定化學物質或其重量比（苯為體積比）超過百分之一之混合物之作業： (一)聯苯胺及其鹽類。 (二)4-胺基聯苯及其鹽類。 (三)4-硝基聯苯及其鹽類。 (四) β -萘胺及其鹽類。 (五)二氯聯苯胺及其鹽類。

	(六) α -萘胺及其鹽類。 (七)鉍及其化合物（鉍合金時，以鉍之重量比超過百分之三者為限）。 (八)氯乙烯。 (九)2,4-二異氰酸甲苯或2,6-二異氰酸甲苯。 (十)4,4-二異氰酸二苯甲烷。 (十一)二異氰酸異佛爾酮。 (十二)苯。 (十三)石棉（以處置或使用作業為限）。 (十四)鉻酸及其鹽類或重鉻酸及其鹽類。 (十五)砷及其化合物。 (十六)鎘及其化合物。 (十七)錳及其化合物（一氧化錳及三氧化錳除外）。 (十八)乙基汞化合物。 (十九)汞及其無機化合物。 (二十)鎳及其化合物。 (二十一)甲醛。
十	黃磷之製造、處置或使用作業。
十一	聯吡啶或巴拉刈之製造作業。
十二	其他經中央主管機關指定公告之作業： (一)製造、處置或使用下列化學物質或其重量比超過百分之五之混合物之作業： 1.溴丙烷。 2.1,3-丁二烯。 3.錒及其化合物。

第十二條 本校勞工從事特別危害健康之作業，應完成特殊健康檢查，並由職業醫學科專科醫師，針對特殊健康檢查之結果實施下列健康分級管理：

- 一、第一級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，全部項目正常，或部分項目異常，但經醫師綜合判定為無異常者。
- 二、第二級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，但可能與職業原因無關者。
- 三、第三級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，且可能與職業原因有關者。
- 四、第四級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，且與職業原因有關者。

第十三條 前條之健康分級管理，屬於第二級者，應由醫師註明其不適從事之作業與其他應處理及注意事項；屬於第三級管理或第四級管理者，並應由醫師註明臨床診斷。

- 第十四條 本校應對第二級管理之員工提供個人健康指導；第三級管理以上者，應請從事勞工健康服務之醫師實施健康追蹤檢查，必要時實施疑似工作相關疾病之現場評估，且應依評估結果重新分級，並將分級結果及採行措施依中央主管機關公告之方式通報；屬於第四級管理者，經醫師評估現場仍有工作危害因子暴露者，應採取危害控制及相關管理措施。
- 第十五條 本辦法規定勞工體格檢查項目（如附件三），應依本校教職員工體格檢查紀錄表辦理。
- 第十六條 本辦法規定勞工健康檢查項目（如附件四），應依本校教職員工健康檢查紀錄表辦理。
- 第十七條 本辦法規定特殊健康檢查項目（如附件五），應依勞動部公告之勞工健康保護規則辦理。
- 第十八條 本校新進勞工及在職勞工實施勞工體格（健康）檢查需至勞動部會商衛生福利部當年認可之醫療機構進行檢查，有關資訊可上網查詢
<https://hrpts.osha.gov.tw/asshp/hrpm1055.aspx>。
- 第十九條 本校新進勞工及在職勞工實施勞工體格（健康）檢查流程（如附件六），應依據前項流程規定辦理。
- 第二十條 為個人資料之蒐集、處理及利用，以避免人格權受侵害，並促進個人資料之合理利用，本辦法遵循個人資料保護法規範。
- 第二十一條 本辦法經本校環境保護暨勞工安全衛生委員會及行政會議通過，陳請校長核定後公告實施，修正時亦同。

附件一 臨場健康服務執行紀錄表

臨場健康服務執行紀錄表	
一、作業場所基本資料	
部門名稱： 一般性(其他)： <input type="checkbox"/> H 棟 B1-1 服裝設計學系實習教室、 <input type="checkbox"/> H 棟 B1-3 服研所實習教室、 <input type="checkbox"/> H304 平車專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H305 平車專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H307 平車專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H309 平車專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H310 電腦針織專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H311 針織設計專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H312 梭織設計專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H407 平車專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H408 綜合專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H409 平車專業實習教室、 <input type="checkbox"/> H516 特殊專業機器實習教室、 <input type="checkbox"/> H410 平車專業實習教室、 <input type="checkbox"/> K 棟 B1 服研所實習教室、 <input type="checkbox"/> E103 教室、 <input type="checkbox"/> E106 教室、 <input type="checkbox"/> E107 教室、 <input type="checkbox"/> E108 教室、 <input type="checkbox"/> D104 教室、 <input type="checkbox"/> E101 食品製備實習教室、 <input type="checkbox"/> E102 食品加工實習教室、 <input type="checkbox"/> D105-106 烹飪廚藝教室、 <input type="checkbox"/> HB1 縫紉專業教室 機械性： A 棟 B1 <input type="checkbox"/> 金工區、 <input type="checkbox"/> 噴漆區、 <input type="checkbox"/> 木工區、 <input type="checkbox"/> 數位製造實驗室、 <input type="checkbox"/> F401 管樂器維修實習工廠 化學性： <input type="checkbox"/> D302 個人研究室、 <input type="checkbox"/> E201 有機化學實驗室/分析化學實驗室/生物化學實驗室、 <input type="checkbox"/> E202 食品檢驗實驗室/食品化學實驗室、 <input type="checkbox"/> E203 共同儀器室(一)、 <input type="checkbox"/> E204 食品營養研究室、 <input type="checkbox"/> E205 食品科學研究室、 <input type="checkbox"/> E307 共同儀器室(三) 生物性： <input type="checkbox"/> E206 分子生物研究室、 <input type="checkbox"/> E208 細胞生物研究室、 <input type="checkbox"/> E209 生物技術研究室、 <input type="checkbox"/> E210-1 動物實驗工作室、 <input type="checkbox"/> E210-2 細胞培養室、 <input type="checkbox"/> E310 動物房、 <input type="checkbox"/> E406 生理學實驗室、 <input type="checkbox"/> E407 微生物學實驗室	
作業人員	<input type="checkbox"/> 行政人員：男____人；女____人； <input type="checkbox"/> 現場操作人員：男____人；女____人
作業類別與人數	<input type="checkbox"/> 一般作業：人數：_____ <input type="checkbox"/> 特別危害健康作業：類別：_____ 人數：_____
二、作業場所概況：工作流程(製程)、工作型態、人員及危害特性概述：	
臨廠健康服務執行情形（本規則第七條及第八條事項）：	
四、改善及建議採行措施：	
五、執行人員及日期 <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之醫師，簽章_____ <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之護理人員，簽章_____ <input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽章_____ <input type="checkbox"/> 人力資源室人員，簽章_____ <div style="text-align: right;"> 執行日期：____年____月____日 時間：____時____分 迄 ____時____分 </div>	

附件二 勞工健康檢查補助費申請單

實踐大學勞工健康檢查補助費申請單

申請人	單位		申請日期	年 月 日
	職稱			
	職工編號			
	姓名			
受檢醫院名稱				
受檢健檢項目		<input type="checkbox"/> 一般健康檢查 <input type="checkbox"/> 特殊作業健康檢查		
受檢日期		年 月 日		
健康檢查費實際支付金額		新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整。		
健康檢查專款核准金額		新臺幣 仟 佰 拾 元整。		
審核單位簽章 (衛保一組/生輔二組)				
會辦單位人員簽章 (人力資源室/環安組/事務二組)				
備註： 一、依據「本校教職員工健康檢查實施辦法」辦理。 二、受檢醫院：當年度依中央衛生主管機關認可之醫療機構（依本辦法第十九條）。 三、申請程序：繳交勞工健康暨特殊健康檢查報告至審核單位存查，同時填妥此表及收支憑證粘貼紙，檢附 <u>繳費收據</u> 及 <u>存摺帳戶影本</u> （依本辦法第九條、第十一條）。 四、申請認可時間：配合會計年度核銷，認可受檢單據日期為8月至隔年7月10日間（依本辦法第五條）。 五、此表單紅色方框由申請人填寫；其餘由審核單位人員填寫。				

實踐大學(台北校區)收支憑證粘貼紙

會計傳票 年 月 日第 號

會計室填	科目編號	科目名稱	扣繳	計畫編號	部門別	沖號	金額	審核意見

(紅框內請勿填寫)

承辦人填	憑證編號	受款人	金額							用途說明	【受檢年月日】教職員工健康暨特殊健康檢查，檢附繳費收據及存摺帳戶影本。
	1	【申請人】	千	百	十	萬	千	百	十		
							【空白】				
	經費來源	【空白】	預算編號			【空白】				校務計畫	

經手人及初審	證明或會辦單位	系(所)主任或組長	院長或處、室主任	保管組
總務處組長	總務長	會計室審核	會計室主任	校長

憑證粘貼線

1.時間：年、月、日。
2.印章：商號正式印章。
3.住址：縣市街巷門牌。
4.名稱規格數量：應具體明確。
5.單位：請用標準制。
6.金額：以阿拉伯數字填寫。
7.用途：詳細具體。
8.印花：照規定貼並銷印。
9.更改：商號加章負責。
10.無效：擦割挖補塗改鉛筆書寫墨跡不勻。
11.外文：應翻譯成中文。
12.外幣：應註明折合率及新臺幣金額。
13.印刷或紙張：附樣張。
14.電報費：附事由箋。
15.旅費：附出差旅費報告表。
16.工程費：附合約圖說。

附件	
請購單	張
請修單	張
估價單	張
圖說	張
樣張	張
電文	張
印模	張
驗收報告	張
其他文件	張

附件三 勞工體格檢查項目

實踐大學教職員工體格檢查紀錄

一、基本資料

- 1.姓名： 2.性別：☐男 ☐女
3.身分證字號(護照號碼)： 4.出生日期____年____月____日
5.受僱日期____年____月____日 6.檢查日期____年____月____日

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

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。

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、請受檢者於勞工健檢前填妥一至六大項，再交由醫護人員確認，以有效篩檢出疾病。
二、請將體格檢查紀錄報告繳回至人力資源室。
三、請至核可之醫療機構進行檢查，網址 <https://hrpts.osha.gov.tw/asshp/hrpm1055.aspx>。

=====【以下由醫護人員填寫】=====

七、檢查項目

- | | |
|---|---|
| 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： <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 | |
| 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 |

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.☐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：

實踐大學教職員工健康檢查紀錄

一、基本資料

- 1.姓名： 2.性別：☐男 ☐女
3.身分證字號(護照號碼)： 4.出生日期____年____月____日
5.受僱日期____年____月____日 6.檢查日期____年____月____日

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

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。

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、請受檢者於勞工健檢前填妥一至六大項，再交由醫護人員確認，以有效篩檢出疾病。
二、請將健康檢查紀錄報告繳回至學生事務處衛保一組/生輔二組。
三、請至核可之醫療機構進行檢查，網址 <https://hrpts.osha.gov.tw/asshp/hrpm1055.aspx>。

=====【以下由醫護人員填寫】=====

七、檢查項目

- | | |
|---|---|
| 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： <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 | |
| 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 |
| 低密度脂蛋白膽固醇 | |
| 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.☐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：

附件五 特殊健康檢查項目

編號 1 高溫作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄

一、基本資料

- 1.姓名：_____ 2.性別：☐男 ☐女 3.身分證字號(護照號碼)：_____
4.出生日期__年__月__日 5.受僱日期__年__月__日 6.檢查日期__年__月__日
7.事業單位名稱(廠別)_____地址_____

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，截至__年__月，共__年__月
3.從事高溫作業平均每日工時_____小時

- 三、檢查時期(原因)：☐新進員工(受僱時) ☐變更作業
☐定期檢查 ☐健康追蹤檢查

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)

- 1.心臟血管：☐高血壓 ☐缺血性心臟病 ☐心絞痛 ☐心肌梗塞 ☐無
2.呼吸系統：☐氣喘 ☐無
3.內分泌：☐糖尿病 ☐甲狀腺功能亢進 ☐無
4.腎臟泌尿：☐腎功能異常 ☐腎結石 ☐無
5.生殖系統：☐不孕 ☐無
6.皮膚系統：☐皮膚紅疹 ☐無
7.免疫性疾病：☐_____ ☐無
8.長期服用藥物：☐利尿劑 ☐降血壓藥物 ☐鎮定劑 ☐抗痙攣劑
☐抗血液凝固劑 ☐抗膽鹼激素劑 ☐其他_____ ☐無
9.其他☐_____ ☐無
10.☐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

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)

- 1.心臟血管：☐運動時胸悶、胸痛
2.呼吸系統：☐呼吸困難
3.內分泌系統：☐口乾 ☐多尿 ☐體重下降 ☐心悸 ☐手部顫抖 ☐其他_____

- 4.泌尿系統：☐水腫 ☐血尿
5.皮膚系統：☐皮膚紅疹 ☐排汗異常
6.其他_____

7.☐以上皆無

七、作業環境監測資料

- 1.有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
☐有（請回答下一題） ☐無
- 2.作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ ☐有（請回答下一題） ☐無
- 3.勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、檢查項目

- 1.基本項目：身高_____公分；體重_____公斤；腰圍_____公分；血壓_____/____mmHg；
視力(矯正)：左_____右_____ 辨色力測試：☐正常 ☐辨色力異常
- 2.各系統或部位身體檢查：
(1)心臟血管
(2)呼吸系統
(3)神經系統
(4)肌肉骨骼
(5)皮膚系統
- 3.心電圖：_____
- 4.肺功能檢查（包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0}/FVC）：
- 5.生化血液檢查：飯前血糖(sugar AC)_____ 血中尿素氮(BUN)_____
肌酸酐(creatinine)_____ 鈉_____ 鉀_____ 氯_____
- 6.血液檢查：血色素_____
- 7.尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____

九、健康追蹤檢查

- 1.檢查日期____年____月____日
- 2.檢查項目

- (1)_____
(2)_____
(3)_____
(4)_____
(5)_____

十、健康管理

- ☐第一級管理
☐第二級管理
☐第三級管理（應註明臨床診斷）_____
☐第四級管理（應註明臨床診斷）_____

十一、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，應在（期 限）內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查。
5. ☐ 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：_____）。
6. ☐ 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：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：

編號 2 噪音作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄

一、基本資料

- 1.姓名： 2.性別：☐男 ☐女 3.身分證字號(護照號碼)：
4.出生日期__年__月__日 5.受僱日期__年__月__日 6.檢查日期__年__月__日
7.事業單位名稱(廠別)_____地址_____

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，截至__年__月，共__年__月
3.從事噪音作業平均每日工時_____小時

- 4.為進一步瞭解您的作業經歷，請填答下列題目
(體格檢查請填寫 4.1~4.2；定期健康檢查請填寫 4.2~4.3)

4.1 你曾從事過以下工作嗎？

- ☐紡織 ☐開礦 ☐造船 ☐重工業 ☐築路 ☐砲兵、射擊隊、航空地勤
☐必須大聲呼叫才能超過噪音量的其他工作 ☐以上皆無

4.1.1 如果從事上面的任何工作：

- (1)有聽力保護措施嗎？ ☐有 ☐無
(2)有戴上聽力保護設備嗎？ ☐有 ☐無
(3)什麼類型的保護設備？ ☐耳罩 ☐耳塞 ☐二者都有

4.1.2 如果從事上面的任何工作，其工作時數與噪音之存在時間：

- (1)平均一天工作時數： ☐10 小時 ☐8 小時 ☐6 小時 ☐4 小時
(2)噪音存在時間： ☐所有工作時間 ☐一半時間 ☐偶而

4.2 您 14 小時內曾至噪音區嗎？☐有 ☐無

4.3 當您在噪音工作區，你戴聽力保護設備嗎？☐有(請回答下二題) ☐無

- (1)若戴，是什麼類型的？ ☐耳罩 ☐耳塞 ☐二者 都有
(2)佩戴時間？ ☐全時間佩戴 ☐一半時間佩戴 ☐都不戴

三、檢查時期(原因)：☐新進員工(受僱時) ☐變更作業
☐定期檢查 ☐健康追蹤檢查

四、既往病史

請勾選

- 1.您是否曾去醫院請專家檢查耳朵或聽力？ ☐有 ☐無
2.您是否曾經：
(1)暴露於爆炸狀況？ ☐有 ☐無
(2)暴露於巨大的聲音？ ☐有 ☐無
(3)耳朵直接受傷？ ☐有 ☐無
(4)經常性暴露於實際的槍響？ ☐有 ☐無
(5)暴露於經常性的大聲音樂？(熱門樂、平劇) ☐有 ☐無

3. 你曾有過以下情況嗎？

- | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| (1) 耳朵受傷 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 動過耳朵手術 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3) 耳部感染 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (4) 耳鳴 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (5) 鼓膜穿孔 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (6) 因爆破引起耳痛 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (7) 使用耳毒性藥物，如阿斯匹靈、鏈黴素 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (8) 腦膜炎 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (9) 結核病 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (10) 腦震盪或昏迷 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

4. 您的家族是否有遺傳性聽力障礙的疾病史？

☐ 有 ☐ 無

如果有，請詳細說明：_____

五、生活習慣

1. 你有以下嗜好嗎？

- ☐ 去迪斯可舞廳、卡拉 OK 或流行音樂會 ☐ 賽車（競賽或看）
☐ 在銅管樂隊、管弦樂隊或流行樂隊演出 ☐ 經常使用電動手工具，如電鋸、電鑽等
☐ 用機械進行庭園維護 ☐ 射擊 ☐ 戴隨身聽或類似的設備聽音樂
☐ 以上皆無

2. 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

3. 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

4. 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

六、自覺症狀（體格檢查請填寫題號 1；定期健康檢查請填寫題號 2~4）

1. 您是否有下列症狀？

- | | | |
|------------|----------------------------|----------------------------|
| (1) 聽力困難現象 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 耳鳴 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3) 眩暈 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

如果有，您知道是什麼原因造成的嗎？

請詳細描述_____

2. 上次你的聽力檢查後，你的聽力（自覺）是：☐ 沒改變 ☐ 好轉 ☐ 更差

3. 自從上次聽力檢查後（去年至今），您是否：

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| (1) 暴露於爆炸狀況？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 暴露於巨大的聲響？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3) 暴露於實際的槍響？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (4) 暴露於經常性大聲音樂如隨身聽、熱門音樂？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (5) 曾去醫院請專家檢查耳朵或聽力？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

(6)至噪音區工作時大多會使用耳塞或耳罩？ ☐有 ☐無

4. 上次聽力檢查後，你有過以下情況嗎？

- | | | |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| (1)耳朵受傷 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2)耳朵手術 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3)耳朵流膿或液狀分泌物/耳部感染 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (4)耳鳴 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (5)鼓膜穿孔 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (6)因爆破引起耳痛 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (7)使用耳毒性藥物 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (8)腦膜炎 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (9)結核病 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (10)腦震盪或昏迷 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

七、作業環境監測資料

1.有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

☐有（請回答下一題） ☐無

2.作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ ☐有 （請回答下一題） ☐無

3.勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、檢查項目

1.基本項目：身高____公分；體重____公斤；腰圍____公分；血壓____/____mmHg
視力(矯正)：左____右____；辨色力測試：☐正常 ☐辨色力異常

2.聽力檢查：

(測試頻率至少為五百、一千、二千、三千、四千、六千、八千赫之純音，並建立聽力圖及註明施測時各音頻之背景噪音測定值)

3.各系統或部位身體檢查：

(1)耳道

九、健康追蹤檢查

1.檢查日期____年____月____日

2.檢查項目

- (1)_____
- (2)_____
- (3)_____
- (4)_____
- (5)_____

十、健康管理

☐第一級管理

☐第二級管理

☐第三級管理（應註明臨床診斷）_____

☐第四級管理（應註明臨床診斷）_____

十一、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，應在（期 限）內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查。
5. ☐ 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：_____）。
6. ☐ 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：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：

編號 8 四氯化碳作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄

一、基本資料

- 1.姓名： 2.性別：☐男 ☐女 3.身分證字號(護照號碼)：
4.出生日期__年__月__日 5.受僱日期__年__月__日 6.檢查日期__年__月__日
7.事業單位名稱(廠別)_____地址_____

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, 截至__年__月, 共__年__月
3.從事四氯化碳作業平均每日工時為_____小時

- 三、檢查時期(原因): ☐新進員工(受僱時) ☐變更作業
☐定期檢查 ☐健康追蹤檢查

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)

- 1.神經系統:☐周圍神經病變 ☐無
2.肝臟疾病:☐B 型肝炎☐C 型肝炎☐脂肪肝☐酒精性肝炎☐藥物性肝炎☐無
3.皮膚系統:☐刺激性皮膚炎 ☐過敏性皮膚炎 ☐化學性灼傷 ☐無
4.其 他:☐高血壓☐心臟病☐糖尿病☐腎臟疾病☐呼吸系統疾病☐_____ ☐無
5.☐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

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)

- 1.神經系統:☐頭暈☐頭痛☐記憶力變差☐手腳肌肉無力、酸麻☐顏面神經異常
2.泌尿系統:☐尿量減少 ☐眼瞼、下肢水腫
3.消化系統:☐食慾不振 ☐噁心 ☐倦怠 ☐腹痛 ☐體重減輕 3 公斤以上
4.皮膚系統:☐暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
5.其 他:☐眼睛、喉嚨刺激感 ☐胸悶 ☐咳嗽 ☐呼吸困難 ☐_____
6.☐以上皆無

七、作業環境監測資料

- 1.有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測?
☐有(請回答下一題) ☐無
2.作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路

登錄系統？ ☐有 （請回答下一題） ☐無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、檢查項目

1. 基本項目：身高____公分；體重____公斤；腰圍____公分；血壓____/____mmHg
視力(矯正)：左____右____；辨色力測試：☐正常☐辨色力異常
2. 生化血液檢查：血清丙胺酸轉胺酶(ALT)_____；加瑪麩胺醯轉移酶(r-GT)_____
3. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____
4. 各系統或部位身體檢查：
 - (1)腎臟系統
 - (2)肝臟系統
 - (3)皮膚

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期____年____月____日

2. 檢查項目

- (1)_____
- (2)_____
- (3)_____
- (4)_____
- (5)_____

十、健康管理

- ☐第一級管理
- ☐第二級管理
- ☐第三級管理（應註明臨床診斷）_____
- ☐第四級管理（應註明臨床診斷）_____

十一、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，應在（期 限）內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查。
5. ☐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：_____）。
6. ☐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：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：

編號 12 正己烷作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄

一、基本資料

- 1.姓名： 2.性別：☐男 ☐女 3.身分證字號(護照號碼)：
4.出生日期__年__月__日 5.受僱日期__年__月__日 6.檢查日期__年__月__日
7.事業單位名稱(廠別)_____地址_____

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，截至__年__月，共__年__月
3.從事正己烷作業平均每日工時_____小時

- 三、檢查時期（原因）：☐新進員工（受僱時） ☐變更作業
☐定期檢查 ☐健康追蹤檢查

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）

- 1.神經系統：☐周圍神經病變 ☐無
2.肝臟疾病：☐B 型肝炎☐C 型肝炎☐脂肪肝☐酒精性肝炎☐藥物性肝炎☐無
3.皮膚系統：☐刺激性皮膚炎 ☐過敏性皮膚炎 ☐化學性灼傷 ☐無
4.其他：☐腎臟疾病 ☐呼吸系統疾病 ☐_____ ☐無
5.☐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

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）

- 1.神經系統：☐頭暈☐頭痛☐記憶力變差☐手腳肌肉無力、酸麻☐顏面神經異常
2.泌尿系統：☐尿量減少 ☐眼瞼、下肢水腫
3.消化系統：☐食慾不振 ☐噁心 ☐倦怠 ☐腹痛 ☐體重減輕 3 公斤以上
4.皮膚系統：☐暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
5.其 他：☐眼睛、喉嚨刺激感 ☐胸悶 ☐咳嗽 ☐呼吸困難 ☐_____
6.☐以上皆無

七、作業環境監測資料

- 1.有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
☐有（請回答下一題） ☐無
2.作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路

登錄系統？ ☐有 （請回答下一題） ☐無

3.勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

=====【以下由醫療機構醫護人員填寫】=====

八、檢查項目

- 1.基本項目：身高____公分；體重____公斤；腰圍____公分；血壓____/____mmHg
視力(矯正)：左____右____ 辨色力測試：☐正常 ☐辨色力異常
- 2.各系統或部位身體檢查：
 - (1)神經系統
 - (2)皮膚

九、健康追蹤檢查

1.檢查日期____年____月____日

2.檢查項目

- (1)_____
- (2)_____
- (3)_____
- (4)_____
- (5)_____

十、健康管理

- ☐第一級管理
- ☐第二級管理
- ☐第三級管理（應註明臨床診斷）_____
- ☐第四級管理（應註明臨床診斷）_____

十一、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，應在（期 限）內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查。
- 5.☐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：_____）。
- 6.☐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：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：

編號 16 苯作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄

一、基本資料

- 1.姓名： 2.性別：☐男 ☐女 3.身分證字號(護照號碼)：
4.出生日期__年__月__日 5.受僱日期__年__月__日 6.檢查日期__年__月__日
7.事業單位名稱(廠別)_____地址_____

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，截至__年__月，共__年__月
3.從事苯作業平均每日工時_____小時

- 三、檢查時期(原因)：☐新進員工(受僱時) ☐變更作業
☐定期檢查 ☐健康追蹤檢查

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)

- 1.血液疾病：☐貧血 ☐白血病、血小板減少 ☐無
2.肝臟疾病：☐B 型肝炎☐C 型肝炎☐脂肪肝☐酒精性肝炎☐藥物性肝炎☐無
3.長期服用藥物☐_____ ☐無
4.其 他：☐腎臟疾病 ☐_____ ☐無
5.☐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

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)

- 1.血液系統：☐頭暈 ☐疲倦 ☐運動時氣促 ☐傷口不易止血 ☐月經量過多
2.神經系統：☐平衡感降低
3.皮膚系統：☐暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
☐眼睛或喉嚨乾燥、疼痛或受刺激的症狀
4.其他_____
5.☐以上皆無

七、作業環境監測資料

- 1.有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
☐有(請回答下一題) ☐無
2.作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路

登錄系統？ ☐有 （請回答下一題） ☐無

3.勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、檢查項目

1.基本項目：身高_____公分；體重_____公斤；腰圍_____公分；血壓_____ / _____mmHg

視力(矯正)：左_____右_____；辨色力測試：☐正常 ☐辨色力異常

2.各系統或部位身體檢查：

(1)血液系統（脾臟腫大）

(2)皮膚

(3)黏膜（含口腔、鼻腔、眼睛結膜）

3.血液檢查：紅血球數_____ 血色素_____ 血球比容值_____ 平均紅血球體積_____ 平均血球血色素_____ 平均紅血球血色素濃度_____ 白血球數_____ 血小板數_____ 白血球分類_____

九、健康追蹤檢查

1.檢查日期_____年_____月_____日

2.檢查項目

(1)_____

(2)_____

(3)_____

(4)_____

(5)_____

十、健康管理

☐第一級管理

☐第二級管理

☐第三級管理（應註明臨床診斷）_____

☐第四級管理（應註明臨床診斷）_____

十一、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，應在（期 限）內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查。

5.☐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：_____）。

6.☐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：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：

備註：

- 1.血液檢查之平均紅血球體積、平均血球血色素、平均紅血球血色素濃度及白血球分類之檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格檢查無須檢測。
- 2.血液檢查之白血球分類之檢查，變更作業者無須檢測。

編號 23 粉塵作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄

一、基本資料

- 1.姓名： 2.性別：☐男 ☐女 3.身分證字號(護照號碼)：
4.出生日期__年__月__日 5.受僱日期__年__月__日 6.檢查日期__年__月__日
7.事業單位名稱(廠別)_____地址_____

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，截至__年__月，共__年__月
3.從事粉塵作業平均每日工時_____小時

- 三、檢查時期（原因）：☐新進員工（受僱時） ☐變更作業
☐定期檢查 ☐健康追蹤檢查

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）

- 1.心臟血管：☐心臟疾病 ☐無
2.呼吸系統：☐肺結核 ☐哮喘 ☐塵肺症 ☐無
3.☐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

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）

- 1.心臟血管：☐胸痛 ☐心悸亢進(作業時，步行時，安靜時) ☐貧血
2.呼吸系統：☐呼吸困難（1 2 3 4 5 註） ☐咳嗽 ☐咳痰
3.其他_____
4.☐以上皆無

七、作業環境監測資料

- 1.有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
☐有（請回答下一題） ☐無
2.作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ ☐有（請回答下一題） ☐無
3.勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

填表說明

一、自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。

註：呼吸困難 1：係指與相同年齡之健康者同樣能工作、步行、上坡、及上下樓梯者。

呼吸困難 2：係指與相同年齡之健康者同樣能步行但不能上坡及上樓梯者。

呼吸困難 3：係指與相同年齡之健康者在平地不能同樣步行，但以自己步速能步行一公里以上者。

呼吸困難 4：係指繼續步行五十公尺以上即須停頓者。

呼吸困難 5：係指因說話、換衣就有呼吸困難，因此不能走出屋外者。

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、檢查項目

1.基本項目：身高____公分；體重____公斤；腰圍____公分；血壓____/____mmHg

視力(矯正)：左____右____；辨色力測試：☐正常 ☐辨色力異常

2.各系統或部位身體檢查：

(1)呼吸系統

(2)心臟循環系統（脈搏、貧血）

3.胸部 X 光：

肺	小	陰						影									
	特 徵	大 小	密 度 分 佈		影 響 部 位												
	圓形陰影	p q r	0 1 2 3			上肺部	中肺部	下肺部									
	不規則陰影	s t u			左												
					右												
大陰影：0 A B C																	
胸膜	肥厚	肋膜斑 (pleural plaque)：無，右，左															
		肋膜增厚 (pleural thickening)：無，右，左															
	鈣化：無，右，左																
附加記載事項	aa at ax bu ca cg cn co cp cv di ef em es fr hi ho id ih kl me pa pb pi px ra rp tb od																
X 光照片像別	正常 一型 二型 三型 四型																

4. 肺功能檢查（包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0}/FVC）

九、健康追蹤檢查

1.檢查日期____年____月____日

2.檢查項目

- (1)_____
- (2)_____
- (3)_____
- (4)_____
- (5)_____

十、健康管理

☐第一級管理

☐第二級管理

- ☐第三級管理（應註明臨床診斷）_____
- ☐第四級管理（應註明臨床診斷）_____

十一、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，應在（期 限）內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查。
5. ☐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：_____）。
6. ☐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：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：

附件六 實踐大學勞工健康檢查作業流程圖

