

國立雲林科技大學教職員工健康檢查紀錄表

| | | | | | | |
|--|---|---------------|-------|--------------------------|------|----|
| 檢查原因 | <input type="checkbox"/> 新進員工 <input type="checkbox"/> 定期檢查 | | 分機號碼 | | 單位 | |
| 姓名 | | | 生日 | 年 月 日 | 手機號碼 | |
| 職員編號 | | | 身分證字號 | | | 性別 |
| 目前工作聘期 | 起始日期 | 西元____年__月__日 | 截止日期 | 西元____年__月__日，共__年__月__日 | | |
| 曾經從事(單位) | 起始日期 | 西元____年__月__日 | 截止日期 | 西元____年__月__日，共__年__月__日 | | |
| ※請在曾患過病史前打√可複選，如無任何病史請在“以下皆無”打√ | | | | | | |
| 過去 病 史 | <input type="checkbox"/> 1. 以下皆無 <input type="checkbox"/> 2. 高血壓 <input type="checkbox"/> 3. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 4. 心臟病 <input type="checkbox"/> 5. 癌症____ <input type="checkbox"/> 6. 白內障 <input type="checkbox"/> 7. 中風 <input type="checkbox"/> 8. 癲癇 <input type="checkbox"/> 9. 氣喘 <input type="checkbox"/> 10. 慢性氣管炎、肺氣腫 <input type="checkbox"/> 11. 肺結核 <input type="checkbox"/> 12. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 13. 肝病 <input type="checkbox"/> 14. 貧血 <input type="checkbox"/> 15. 中耳炎 <input type="checkbox"/> 16. 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 17. 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 18. 消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/> 19. 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 20. 骨折_____ <input type="checkbox"/> 21. 手術開刀_____ <input type="checkbox"/> 22. 其他慢性病_____ | | | | | |
| 過 去 生 活 回 顧 | 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。 | | | | | | |
| 自 我 健 康 評 估 | 請問您工作日期間，平均每日睡眠時間為：____小時 自覺症狀：您最近三個月是否有下列症狀：（請在括號內打勾） <input type="checkbox"/> 1. 以下皆無 <input type="checkbox"/> 2. 咳嗽 <input type="checkbox"/> 3. 咳痰 <input type="checkbox"/> 4. 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 5. 胸痛 <input type="checkbox"/> 6. 心悸 <input type="checkbox"/> 7. 頭暈 <input type="checkbox"/> 8. 頭痛 <input type="checkbox"/> 9. 耳鳴 <input type="checkbox"/> 10. 倦怠 <input type="checkbox"/> 11. 噁心 <input type="checkbox"/> 12. 腹痛 <input type="checkbox"/> 13. 便秘 <input type="checkbox"/> 14. 腹瀉 <input type="checkbox"/> 15. 血便 <input type="checkbox"/> 16. 上背痛 <input type="checkbox"/> 17. 下背痛 <input type="checkbox"/> 18. 手腳麻痛 <input type="checkbox"/> 19. 關節疼痛 <input type="checkbox"/> 20. 排尿不適 <input type="checkbox"/> 21. 多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 22. 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 23. 體重減輕 3 公斤以上 <input type="checkbox"/> 24. 其他症狀_____ | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|------------|
| 檢查項目 | 檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選） | | 檢查 醫事人員 |
| 身高：_____公分 | 體重：_____公斤 | 腰圍：_____公分 | |
| 血壓：_____ / _____ mmHg | 脈搏：_____次/分 | Recheck：_____ / _____ mmHg | |
| 視力檢查： | <input type="checkbox"/> 裸視 <input type="checkbox"/> 矯正 視力：左眼_____ 右眼_____ | | |
| 聽力檢查 | 左耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | 右耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | |
| 眼 | <input type="checkbox"/> 無異狀 | <input type="checkbox"/> 辨色力異常 | |
| | <input type="checkbox"/> 無異狀 | <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其它_____ | |
| 耳鼻喉 | <input type="checkbox"/> 無異狀 | <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸型 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其它_____ | |
| 頭頸 | <input type="checkbox"/> 無異狀 | <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____ | |
| 胸部 | <input type="checkbox"/> 無異狀 | <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____ | |
| 腹部 | <input type="checkbox"/> 無異狀 | <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它異常_____ | |
| 脊柱四肢 | <input type="checkbox"/> 無異狀 | <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____ | |
| 皮膚 | <input type="checkbox"/> 無異狀 | <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____ | |
| 胸部 X 光檢查 | | 因 <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 三個月內做過胸部 X 光檢查，故拒做此項檢查者請簽名：_____ | |
| | | 檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| 檢查項目 | 尿液 | 尿潛血 | 血色素 Hb |
| | | 尿蛋白 | |
| | 血清丙胺酸轉胺酶 ALT | | 空腹血糖 suger |
| | 肌酸酐 Crea | | 三酸甘油脂 |
| | 總膽固醇 TCHOL | | 低密度脂蛋白膽固醇 |
| | 高密度脂蛋白膽固醇 | | 白血球 WBC |
| 醫師總評及建議 | 應處理及注意事項（可複選） | | |
| | <input type="checkbox"/> 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。 | | |
| | <input type="checkbox"/> 檢查結果部分異常，宜在（期_____限）內至醫療機構_____科，康追蹤檢查。 | | |
| | <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議不適宜從事_____作業。（請說明原因：_____）。 | | |
| | <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議調整工作（可複選）： | | |
| | <input type="checkbox"/> 縮短工作時間（請說明原因：_____）。 | | |
| | <input type="checkbox"/> 更換工作內容（請說明原因：_____）。 | | |
| | <input type="checkbox"/> 變更作業場所（請說明原因：_____）。 | | |
| <input type="checkbox"/> 其他：_____（請說明原因：_____）。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他建議： _____ | | | |
| | | | 承辦檢查單位 |