

## 國立雲林科技大學教職員工健康檢查紀錄表

進食 生理期 懷孕 疑懷孕 檢查日期：\_\_\_\_月\_\_\_\_日 報到日期：\_\_\_\_\_

單位		姓名		分機電話	
身分證字號		生日	年 月 日	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
檢查原因	打√ <input type="checkbox"/> 新進員工 <input type="checkbox"/> 定期檢查				
過去 病 史	※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√				
	<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	1. 請問您過去一個月內是否有吸菸？				
	<input type="checkbox"/> 1. 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾吸（不是天天） <input type="checkbox"/> 3. （幾乎）每天吸，平均每天吸____支，已吸菸____年 <input type="checkbox"/> 4. 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"/> 1. 從未嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾嚼（不是天天） <input type="checkbox"/> 3. （幾乎）每天嚼，平均每天嚼____顆，已嚼____年 <input type="checkbox"/> 4. 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"/> 1. 從未喝酒 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾喝（不是天天） <input type="checkbox"/> 3. （幾乎）每天喝，平均每週喝____次，最常喝____酒，每次____瓶 <input type="checkbox"/> 4. 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	脈搏：_____次/分
視力檢查： <input type="checkbox"/> 裸視 <input type="checkbox"/> 矯正	視力：左眼_____右眼_____		
聽力檢查：L:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	R:	<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_____	
總評 建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科就醫診治 其他建議：		承辦檢查單位：
胸部 X光 檢查	檢查日期	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他 <u>因<input type="checkbox"/>懷孕<input type="checkbox"/>三個月內做過胸部X光檢查，</u> 故拒做此項檢查者請簽名：_____	X光編號：
	尿液	尿潛血：_____ 尿蛋白：_____	
實驗室 檢查	血清丙胺酸轉胺 酶 A L T	血液 常規 檢查	白血球 WBC
	肌酸酐 creatinine		血色素 Hb
	總膽固醇 TCHOL		血糖 suger
	高密度脂蛋白 膽固醇		
	低密度脂蛋白 膽固醇		
	三酸甘油脂		
	醫師 總評 及 建議		