

國立陽明交通大學
新進教職員工一般體格檢查紀錄

一、基本資料			
校區	<input type="checkbox"/> 陽明校區 <input type="checkbox"/> 交大校區	部門/科系	
職稱		學號/員工號	
姓名		出生日期	年 月 日
年齡		身分證字號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	健檢日期	年 月 日
連絡電話		到職日期	
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、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)			
<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 氣喘			
<input type="checkbox"/> 慢性氣管炎、肺氣腫 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 聽力障礙			
<input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 骨折_____			
<input type="checkbox"/> 手術開刀_____ <input type="checkbox"/> 其他慢性病_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無			
四、生活習慣			
1. 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。			
2. 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。			
3. 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。			
4. 請問您於工作日期間，平均每天睡眠時間為：__小時。			
五、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)			
<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			

===== 【以下由醫護人員填寫】 =====

六、檢查項目					
身高	(公分)	體重	(公斤)	腰圍	(公分)
脈搏		血壓	_____/_____ mmHg	BMI	
辨色力		聽力		左	右
視力		<input type="checkbox"/> 裸視 <input type="checkbox"/> 矯正		左	右
各系統或部位身體檢查及問診	頭頸部 (結膜、淋巴腺、甲狀腺)				
	呼吸系統				
	心臟血管系統 (心律、心雜音)				
	肌肉骨骼 (四肢)				
	消化系統 (黃疸、肝臟、腹部)				
	神經系統 (感覺)				
	皮膚				
	問診 (自覺症狀與睡眠概況等)				
胸部 X 光攝影結果					
檢查項目	結果	參考值	檢查項目	結果	參考值
尿蛋白			肌酸酐(creatinine)		
尿潛血			飯前血糖		
白血球(WBC)			膽固醇(Cholesterol)		
血紅素(Hb)			三酸甘油脂(TG)		
血清丙胺酸轉胺酶 (ALT)			高密度脂蛋白膽固醇 (HDL)		
醫師評語與建議	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 (_____) 內至醫療機構_____科，接受進一步追蹤檢查。 3. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議不適宜從事_____作業。 (原因：_____)。 4. <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 (原因：_____)。 <input type="checkbox"/> 更換工作內容 (原因：_____)。 <input type="checkbox"/> 變更作業場所 (原因：_____)。 5. <input type="checkbox"/> 其他：_____ 原因：_____)。				
健檢機構 (名稱、電話、地址) 健檢醫師 (姓名(簽章)及證書字號)					

註：如有任何問題請洽衛生保健組

1. 陽明校區：賴淑惠 護理師 02-28267000 分機 62952
2. 交大校區：洪韶君 護理師 03-5712121 分機 51109