

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"/> 耳道畸形 <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