

臺北醫學大學附設醫院·體格檢查證明書

新進人員資料 (新進同仁填寫)

姓名		身分證字號		員工編號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚

※基於個人與公共利益，本人同意接受與工作相關且優於政府法規之檢查項目，並誠實告知醫師及單位主管目前健康狀況，作為派工與選工參考。若有所隱瞞造成醫院損失，本人願負連帶責任。

新進員工簽名：_____ 日期：_____

聘任單位主管填寫

※請主管敦促新進人員務必於報到前完成體檢報告 (若無合格體檢報告，依法不能到職)。
 ※為避免造成醫院損害與該受檢人員任何傷害，本單位承諾依醫院規定督促該員完成體檢並確認體檢結果適合任用之後，再讓該員到院工作。

單位主管簽章：_____ 日期：_____

到任單位		到任職稱		預計到職日	
作業類別	共通項目【必填，二擇一】： <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 醫療 (參見下方醫療作業員工之定義)				
	院定特別作業： <input type="checkbox"/> 供膳 <input type="checkbox"/> 產後護理 <input type="checkbox"/> 居家護理				
	法定特別危害健康作業： <input type="checkbox"/> 游離輻射 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 甲醛 <input type="checkbox"/> 二甲基甲醯胺 <input type="checkbox"/> 高溫 <input type="checkbox"/> 噪音 <input type="checkbox"/> 其他_____				

※「醫療」作業員工依本院感染管制室「醫院員工感染防治工作指導書」定義：醫師、護理人員、醫事放射人員、檢驗技術人員、藥師、營養師、社工師、呼吸治療師、復健治療人員、放射技術人員等。

註：1.新進人員體檢證明書必須使用本院格式且在3個月內 (註：離職再入職、留職停薪復職及北醫體系友院調任體檢報告須在12個月內，但胸部X光仍須在3個月內)，本證明書亦僅限本院任職體檢用。2.新進人員體格檢查原則上應在本院，如有特殊因素，仍須在區域醫院以上等級或北醫體系醫院，且使用本院格式記錄檢查結果。3.本院體格檢查費：共通項目1500元、特別作業2000元，但完診後才重新掛診補加做之項目則另自行付費。4.體檢當天請「空腹」受檢。5.本院體檢流程：門診組掛號、填寫下方體檢問卷→家醫科→門診組批價→接受檢查→回診取體檢報告 (依醫師告知時間)。

請新進同仁確實填寫個人病史，填寫時請與格子內畫「V」，並以正楷填寫。

- A. 作業經歷：**是否有過職業傷病或職業病？否 是：診斷：_____
- 曾經因健康狀況不佳而離職？否 是：_____
 - 曾從事特別危害健康作業？否 是：游離輻射 鉛 甲醛 二甲基甲醯胺 高溫 噪音
其他：_____
 - 任職公司：_____；年資_____年_____月；工作內容：_____。
 - 過去1個月，平均每週工時：40 _____小時；過去6個月，平均每週工時：40 _____小時。
- B. 內科病史：**曾被診斷出：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_____ 心律不整 B型肝炎帶原 C型肝炎帶原 精神官能症 憂鬱症 其他慢性病_____；以上皆無
- C. 外科病史：**曾手術開刀 (含剖腹產)？否 是，手術名稱、時間、原因：_____
- D. 服藥史：**目前服藥治療？否 是，藥名：_____，一天服用_____次，已服_____年_____月。
 是否曾長期時間服藥？否 是，原因：_____，已服_____年_____月。
- E. 其他病史：**_____
- F. 自覺症狀 (3個月內)：**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。
- G. 生活習慣：**1. 過去一個月內是否吸菸：從未 偶爾吸 每天_____支，已吸菸_____年 已戒_____年。
 2. 最近六個月內是否有嚼食檳榔：從未 偶爾嚼 每天嚼_____顆，已嚼_____年 已戒_____年。
 3. 最近一個月內是否喝酒：從未 偶爾喝 每天，最常喝_____酒，每次_____瓶 已戒_____年。
 4. 工作日期間，平均每天睡眠時間為_____小時。

※法定特別危害健康作業：請再加填「勞工健康保護規則」之特別危害健康作業相關問卷 (就醫院所提供)

臺北醫學大學附設醫院·體格檢查證明書

檢查日期：____年____月____日		註：標記*項目為勞工健康保護規則及其他政府法規項目。			
*基本	身高：_____公分	體重：_____公斤	腰圍：_____公分	血壓：_____mmHg	
	視力（矯正）左：_____右：_____		辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		聽力： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他：_____
*理學	頭頸部（結膜、淋巴腺、甲狀腺）		消化系統（黃疸、肝臟、腹部）		
	呼吸系統		神經系統（感覺、睡眠）		
	心臟血管系統（心律、心雜音）		肌肉骨骼（四肢）、皮膚		
	<input type="checkbox"/> 供膳：手部皮膚病、出疹、膿瘡、外傷或其他可能造成食品污染之疾病				
	<input type="checkbox"/> 游離輻射：1.頭頸部（含甲狀腺結節、腫瘤、淋巴結）、眼睛（含白內障）；2.心臟；3.肺臟；4.神經系統；5.消化系統；6.泌尿系統；7.骨骼、關節及肌肉；8.皮膚（紅斑）；9.心智及精神				
	<input type="checkbox"/> 鉛：1.齒齦鉛線有無；2.血液系統（貧血）；3.消化系統；4.腎臟系統；5.神經系統				
	<input type="checkbox"/> 甲醛：1.呼吸系統；2.皮膚黏膜（含口、鼻腔、眼睛結膜）				
	<input type="checkbox"/> 二甲基甲醯胺：1.肝臟；2.腎臟；3.心臟血管；4.皮膚				
	<input type="checkbox"/> 其他特別作業：_____				
	評估與建議 <input type="checkbox"/> 以上無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
X光	*胸部X光		檢查日期：_____ <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常：_____		
血液	*血色素		*白血球數		*飯前血糖
	*ALT		*肌酸酐		*膽固醇
	*三酸甘油脂		*高密度脂蛋白		尿酸
	[*輻、鉛] 紅血球數		[*輻、鉛] 血球比容值		
	[*輻] 白血球分類		[*輻] 血小板數		
尿液	*尿蛋白		*尿潛血		
	尿糖		[*輻] 尿沉渣鏡檢		
不同作業別檢查項目					
<input type="checkbox"/> 供膳*	Anti-HAV IgG: _____; Anti-HAV IgM: _____ 傷寒桿菌: _____; 阿米巴痢疾: _____; 桿菌性痢疾: _____; 寄生蟲及卵: _____				
<input type="checkbox"/> 產後護理*	阿米巴痢疾: _____; 桿菌性痢疾: _____; 寄生蟲及卵: _____				
<input type="checkbox"/> 居家護理*	阿米巴痢疾: _____; 桿菌性痢疾: _____; 寄生蟲及卵: _____				
<input type="checkbox"/> 游離輻射*	T3: _____; T4: _____; TSH: _____; 肺功能（FVC、FEV _{1.0} 、FEV _{1.0} /FVC）: _____				
<input type="checkbox"/> 鉛*	血中鉛: _____				
<input type="checkbox"/> 甲醛*	肺功能（FVC、FEV _{1.0} 、FEV _{1.0} /FVC）: _____				
<input type="checkbox"/> 二甲基甲醯胺*	γ-GT: _____				
<input type="checkbox"/> 其他特別作業*	_____				
感染管制項目	HBsAg: _____; Anti-HBs: _____; <input type="checkbox"/> 醫療 Anti-HCV: _____ 水痘抗體: _____; 麻疹抗體: _____（未曾感染或不確定免疫狀態者皆須接受抗體篩檢）				
醫師評估與配工建議	一般作業： <input type="checkbox"/> 一般行政 <input type="checkbox"/> 一般醫療 院定特別作業： <input type="checkbox"/> 供膳 <input type="checkbox"/> 產後護理 <input type="checkbox"/> 居家護理				
	特別危害健康作業： <input type="checkbox"/> 游離輻射 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 甲醛 <input type="checkbox"/> 二甲基甲醯胺 <input type="checkbox"/> 高溫 <input type="checkbox"/> 噪音 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	健康管理分級 <input type="checkbox"/> 第一級 <input type="checkbox"/> 第二級 <input type="checkbox"/> 第三級 _____ <input type="checkbox"/> 第四級 _____				
	<input type="checkbox"/> 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。 <input type="checkbox"/> 檢查結果異常評估建議（可複選）： 1. <input type="checkbox"/> 部分異常，宜在_____期限內至_____科，自行回診追蹤。 2. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議不宜從事_____作業，原因：_____。 3. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議調整工作_____，原因：_____。 4. <input type="checkbox"/> 其他：_____，原因：_____。 <input type="checkbox"/> 建議任用， <input type="checkbox"/> 但宜考量：_____。				
家醫科專科醫師（簽章、證書字號及日期）：_____					
本院家醫科	疫苗 {B肝、水痘、MMR} 施打建議 【限至本院家醫科回診評估，且須於到職前完成】				
	<input type="checkbox"/> 回診評估完成確認，本院家醫科專科醫師（簽章、證書字號及日期）：_____				
※1.若B型肝炎標記（HBsAg表面抗原、Anti-HBs表面抗體）呈陰性，應於到職後盡速至家醫科接受B型肝炎疫苗及後續追蹤（一個月內免費）。2.其他疫苗：高危害單位免費，非高危害單位優惠價（高危害單位依感管室定義）。					