

臺北醫學大學 新進人員體格檢查注意事項

親愛的新進人員您好：

新進人員體格檢查相關注意事項如下：

- 一、**法規依據**：體格檢查作業依職業安全衛生法第20條、第46條及勞工健康保護規則第16條之規定辦理；新進人員須接受一般體格檢查；倘若從事特別危害健康作業（聘任主管認定之），應加做該特定之項目，故須接受一般體格檢查及特殊體格檢查，**違反者，勞工可處3,000元以下罰鍰。**
- 二、**實施對象**：本校所有新進教職員工（不包含工作期間短於六個月之臨時性或短期性工作者）。
- 三、**報告效期**：新進員工體格檢查目的為評估工作適性，避免因工作造成勞工健康之威脅或傷害，因此**檢查日期應於到職日期前**。報告效期依勞工健康保護規則第17條規定辦理，65歲以上者繳交一年內之報告，40至64歲者繳交三年內之報告，未滿40歲者繳交五年內之報告，報告內容須符合第五點勞動部規範項目。
- 四、**檢查醫院**：建議至本校附屬醫院執行(北醫附醫請掛家醫科，萬芳或雙和醫院請洽健康管理中心)，若無法至本校附屬醫院，請至勞動部公告之勞工體格及健康檢查認可醫療機構實施。**執行健檢請先請聘任主管填寫「新進人員特殊作業環境評估單」後攜至醫療機構。**
勞工體格及健康檢查認可醫療機構網址<https://hrpts.osha.gov.tw/asshp/hrpm1055.aspx>
- 五、**報告內容**：依勞工健康保護規則第16條規定，新進人員體格檢查內容應包含：1.作業經歷、既往病史、生活習過及自覺症狀調查；2.身高、體重、腰圍、視力、辨色力、聽力、血壓與身體各系統之檢查及問診；3.胸部X光(大片)攝影檢查；4.尿蛋白及尿潛血檢查；5.血色素及白血球檢查；6.血糖、血清丙胺酸轉胺酶（ALT）、肌酸酐、膽固醇、三酸甘油脂、高密度脂蛋白檢查；7.其他經中央主管機關指定之檢查項目。
- 六、**繳交方式**：請新進人員於**到職日前將「體格檢查報告」及「特殊作業評估單」**，掃描mail給環安處衛保組舒護理師(m406097016@tmu.edu.tw)，紙本請自行保存。

臺北醫學大學 新進人員從事特殊作業評估單 (聘任主管填寫)

致聘任單位主管：

依職業安全衛生法第20條、第45條及勞工健康保護規則第16條之規定，新進人員必須於到任前完成體格檢查，違反者，雇主可處三萬元以上十五萬元以下罰鍰；為避免損及新進人員或學校之權益，聘任單位主管應依規定敦促人員完成體檢，再讓人員到校工作。另請於新進人員健檢前協助檢視該員工作期間是否會從事特殊危害作業，如會從事特殊作業請於下列檢查類別中選擇『特殊體格檢查』，並選擇危害類別，特殊危害作業如下：

- 一、高溫作業：鍋爐房、鋼鐵鍛造、熔煉...等。
- 二、噪音作業：工作時處在85分貝以上之環境。
- 三、游離輻射作業
- 四、異常氣壓作業
- 五、粉塵作業
- 六、特殊化學品或有機溶劑製造、處置或使用，化學品如下：鉛、四烷基鉛、1，1，2，2-四氯乙烷、四氯化碳、二硫化碳、三氯乙烯(四氯乙烯)、聯苯胺及其鹽類、鉍及其化合物、氯乙烯、2，4-二異氰酸甲苯、石棉、砷及其化合物、錳及其化合物、黃磷、聯吡啶或巴拉刈、鉻酸及其鹽類、鎘及其化合物、鎳及其化合物、乙基汞化合物、溴丙烷、1，3-丁二烯、銻及其化合物、汞及其無機化合物、黃磷、聯吡啶或巴拉刈。

新進人員姓名：_____

到任單位：_____到任職稱：_____預計到任日期：_____

檢查類別：一般體格檢查

特殊體格檢查(含一般項目)(請勾選下列特殊作業名稱)(可複選)

高溫作業 噪音作業 游離輻射作業 異常氣壓作業 粉塵作業

特殊化學品或有機溶劑：_____ (請標註化學品名稱)

聘任單位主管簽章：_____ 日期：_____

臺北醫學大學延遲提交新進人員體格檢查報告申請書

本人於_____年_____月_____日到職且於_____年_____月_____日已在_____

(醫療機構名稱)_____完成新進人員體格檢查，因尚未取得報告，擬申請延遲

提交新進人員體格檢查報告，並承諾於到職**二週內**將新進人員體格檢查

報告影本繳交至環安處衛保組。若未於期限內繳交體格檢查報告，以致

違反相關法規，本人願自負責任。

一、依職業安全衛生法第 20 條規定：勞工有義務於雇主僱用時，執行體格檢查。

二、依勞工健康保護規則第 17 條規定：勞工年滿六十五歲者，繳交當年度報告；四十歲以上未滿六十五歲者，繳交三年內報告；未滿四十歲者，繳交五年內報告。

三、依職業安全衛生法第 46 條規定：違反規定者，可處未體檢者新臺幣三千元以下罰鍰。

立書人簽名：_____

身分證字號：_____

服務單位：_____

聯絡電話：_____

電子信箱：_____

中華民國_____年_____月_____日

※繳交此申請書請附上體檢繳費證明，掃描後 mail 至 m406097016@tmu.edu.tw。

※體格檢查報告繳交請 mail 至 m406097016@tmu.edu.tw，信件主旨請註明新進人員體格檢查報告繳交、單位及姓名。

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	聯絡電話	

※基於個人與公共利益，本人同意接受工作相關且優於政府法規之檢查與疫苗，及提供檢查結果，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。

新進人員簽名：_____ 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)。
 ※為避免損及新進人員或醫院之權益，本單位承諾依醫院規定，督促人員完成體檢並確認體檢結果適合任用之後，再讓人員到院工作。

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 (※適用於下方定義之「第一線醫療」作業人員)				
	院定特別作業： <input type="checkbox"/> 供膳 (營養室、嬰兒室、新生兒 ICU) <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 其他_____ (※「洗腎室」收費同「共通項目」)				
	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"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 其他_____ (※「錳及其化合物」收費同「共通項目」)				

※「第一線醫療」作業人員依本院感染管制室「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→回診取體檢報告及疫苗施打建議 (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 錳及其化合物
粉塵 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"/> 粉塵：1.呼吸系統；2.心臟循環				
	<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
	*三酸甘油酯		*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"/> 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、粉塵*	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 (未曾感染或不確定 免疫狀態者須篩檢)	HBsAg: _____; Anti-HBs: _____; <input type="checkbox"/> 醫療 Anti-HCV: _____				
	水痘抗體: _____; 麻疹抗體: _____; 德國麻疹抗體: _____				
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"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 洗腎室				
	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"/> 錳及其化合物 <input type="checkbox"/> 粉塵 <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 _____				
配 工 建議	<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：_____。					
健檢醫師（簽章、證書字號及日期）：_____			健檢機構：_____		

本院 家醫科	【限至本院家醫科，且須於到職前接種疫苗】疫苗施打建議： <input type="checkbox"/> B肝 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> 左列皆不需要
	本院家醫科專科醫師（簽章、證書字號及日期）：_____
※1. B型肝炎疫苗：免費；若B型肝炎標記（HBsAg表面抗原、Anti-HBs表面抗體）呈陰性，家醫科第一劑後追蹤施打。2. MMR疫苗：第1劑免費。3. 水痘疫苗：相關高危單位前2劑免費（單位依感管室定義：婦、兒、感染科、急診、負壓隔離房單位、皮膚科）。4. 其他情況：疫苗費用優惠價。	

文件名稱	員工健康管理作業程序書	文件編號	QP-E800-003
制定單位	職業安全衛生室		

伍、流程圖-新進人員體格檢查流程

單位主管發給新進人員體格檢查證明書，新進人員於收到通知一週內完成體檢。

權責單位	作業流程	簡要說明	表單文件
新進人員	填寫基本資料等	1.填寫基本資料與疾作業經歷、生活習慣及自覺症狀等調查項目。	體格檢查證明書
單位主管	單位主管簽名	2.單位主管審核基本資料，填寫體檢之作業類別，簽名確認為新進人員。	
門診組	門診掛批櫃檯掛號	3.至門診櫃台掛號。	
家庭醫學科	家庭醫學科開單	4.家庭醫學科門診開立體格檢查套組。	
門診組	門診掛批櫃檯繳費	5.至門診櫃台批價、繳費。	
醫學檢驗科 影像醫學部	接受體格檢查	6.至醫學檢驗科、影像醫學部接受檢查。	
家庭醫學科	回家庭醫學科門診完成體格檢查流程	7.依約診時間（通常一週後）回家庭醫學科聽取檢查結果與疫苗施打建議。	