

## 編號 21 黃磷作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄

### 一、基本資料

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 性別：男 女 3. 身分證字號(護照號碼)：\_\_\_\_\_
4. 出生日期\_\_年\_\_月\_\_日 5. 受僱日期\_\_年\_\_月\_\_日 6. 檢查日期\_\_年\_\_月\_\_日
7. 事業單位名稱(廠別) \_\_\_\_\_ 地址\_\_\_\_\_

### 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，截至\_\_年\_\_月，共\_\_年\_\_月
3. 從事黃磷作業平均每日工時\_\_\_\_\_小時

- 三、檢查時期(原因)：新進員工(受僱時) 變更作業  
定期檢查 健康追蹤檢查

### 四、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)

1. 呼吸系統：慢性氣管炎、肺氣腫 肺炎 無
2. 肝臟疾病：B型肝炎 C型肝炎 脂肪肝 酒精性肝炎 藥物性肝炎 無
3. 皮膚系統：刺激性皮膚炎 過敏性皮膚炎 化學性灼傷 無
4. 其 他：疲倦、倦怠 貧血 眼睛疾病\_\_\_\_\_ 腎臟疾病 \_\_\_\_\_ 無

### 五、生活習慣

1. 請問您過去一個月內是否有吸菸？  
從未吸菸 偶爾吸(不是天天)  (幾乎)每天吸，平均每天吸\_\_支，已吸菸\_\_年  
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？  
從未嚼食檳榔 偶爾嚼(不是天天)  (幾乎)每天嚼，平均每天嚼\_\_顆，已嚼\_\_年  
已經戒食，戒了\_\_年\_\_個月
3. 請問您過去一個月內是否有喝酒？  
從未喝酒 偶爾喝(不是天天)  
 (幾乎)每天喝，平均每週喝\_\_次，最常喝\_\_酒，每次\_\_瓶  
已經戒酒，戒了\_\_年\_\_個月

### 六、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)

1. 心臟血管：心悸 頭暈 頭痛
2. 呼吸系統：咳嗽 咳痰 呼吸困難 胸痛
3. 泌尿系統：排尿不適 多尿、頻尿
4. 消化系統：噁心 腹痛 便秘 腹瀉 血便 食慾不振
5. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮、潰瘍 傷口癒合慢
6. 其 他：牙痛 下顎痛\_\_\_\_\_
7. 以上皆無

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

### 七、檢查項目

1. 基本項目：身高\_\_\_\_公分；體重\_\_\_\_公斤；腰圍\_\_\_\_公分；血壓\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg  
視力(矯正)：左\_\_\_\_右\_\_\_\_；辨色力測試：正常 辨色力異常
2. 各系統或部位身體檢查：
  - (1)呼吸系統
  - (2)肝臟
  - (3)腎臟
  - (4)皮膚(含暴露部位：\_\_\_\_\_)
  - (5)眼睛
  - (6)牙齒及下顎(疼痛、變形)
3. 生化血液檢查：血清丙胺酸轉胺酶(ALT)\_\_\_\_\_ 加瑪麩胺醯轉移酶(r-GT)\_\_\_\_\_
4. 血液檢查：紅血球數\_\_\_\_\_ 血色素\_\_\_\_\_ 血球比容值\_\_\_\_\_  
白血球數\_\_\_\_\_ 白血球分類\_\_\_\_\_

### 八、健康追蹤檢查

1. 檢查日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
2. 檢查項目
  - (1)\_\_\_\_\_
  - (2)\_\_\_\_\_
  - (3)\_\_\_\_\_
  - (4)\_\_\_\_\_
  - (5)\_\_\_\_\_

### 九、健康管理

- 第一級管理
- 第二級管理
- 第三級管理(應註明臨床診斷)\_\_\_\_\_
- 第四級管理(應註明臨床診斷)\_\_\_\_\_

### 十、應處理及注意事項(可複選)

1. 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。
2. 檢查結果異常，宜在(期限)內至醫療機構\_\_\_\_\_科，實施健康追蹤檢查。
3. 檢查結果異常，建議不適宜從事\_\_\_\_\_作業(請說明原因：\_\_\_\_\_)。
4. 檢查結果異常，應在(期限)內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查。
5. 檢查結果異常，建議調整工作(可複選)：
  - 縮短工作時間(請說明原因：\_\_\_\_\_)。
  - 更換工作內容(請說明原因：\_\_\_\_\_)。
  - 變更作業場所(請說明原因：\_\_\_\_\_)。
  - 其他：\_\_\_\_\_ (請說明原因：\_\_\_\_\_)。
6. 其他：\_\_\_\_\_。

健檢機構名稱、電話、地址：

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：