

## 編號 15 氯乙烯作業 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. 從事氯乙烯作業平均每日工時\_\_\_\_\_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. 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  
自體免疫性肝炎 其他肝臟疾病\_\_\_\_\_ 無
2. 皮膚系統：皮膚炎 化學性灼傷 無
3. 癌症：肝癌 肺癌 血液系統癌症 無
4. 其他：\_\_\_\_\_ 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. 神經系統：頭暈 頭痛 記憶力變差 情緒低落
2. 呼吸系統：咳嗽 呼吸困難 呼吸道刺激感
3. 消化系統：食慾不振 噁心 右上腹痛 體重減輕3公斤以上
4. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
5. 眼睛：視力模糊 眼睛疼痛 眼睛刺激感
6. 肌肉骨骼系統：手指水腫 末端指節變短 指端硬化 杵狀指
7. 其他：\_\_\_\_\_

8. 以上皆無

#### 七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

有（請回答下一題） 無

2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號\_\_\_\_\_

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

#### 八、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)腎臟

(3)肝臟

(4)脾臟

(5)皮膚（暴露部位）

3. 胸部 X 光：\_\_\_\_\_

4. 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)\_\_\_\_\_

#### 九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

2. 檢查項目

(1)\_\_\_\_\_

(2)\_\_\_\_\_

(3)\_\_\_\_\_

(4)\_\_\_\_\_

(5)\_\_\_\_\_

#### 十、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）\_\_\_\_\_

#### 十一、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：