

編號 11 二甲基甲醯胺作業 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. 從事二甲基甲醯胺作業平均每日工時為\_\_\_\_\_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. 神經系統：周邊神經病變 \_\_\_\_\_ 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：高血壓 心血管疾病 糖尿病 腎臟疾病 呼吸系統疾病  
貧血 \_\_\_\_\_ 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 手腳肌肉無力、酸麻 顏面神經異常  
睡眠障礙
2. 泌尿系統：尿量減少 眼瞼、下肢水腫
3. 消化系統：食慾不振 噁心 倦怠 腹痛 腹瀉 便秘 體重減輕3公斤以上

4. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、發疹、乾燥、刺痛、脫皮、龜裂  
 5. 其 他：眼睛、喉嚨刺激感 胸悶、胸痛、心悸 咳嗽 呼吸困難 \_\_\_\_\_

6. 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)心臟血管  
 (2)肝臟  
 (3)腎臟  
 (4)皮膚
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)\_\_\_\_\_

#### 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：