

編號 3 游離輻射作業 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. 從事游離輻射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. 內分泌：☐甲狀腺結節、腫瘤 ☐甲狀腺功能異常(亢進或低下) ☐無
2. 血液疾病：☐白血球低下 ☐缺鐵性貧血 ☐海洋性貧血 ☐再生不良性貧血
☐血小板低下 ☐無
3. 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
4. 其他：☐生殖系統疾病(不孕、女性月經異常) ☐眼疾(白內障) ☐皮膚病
☐高血壓 ☐糖尿病 ☐慢性腎臟病 ☐心臟病 ☐呼吸疾病 ☐腸胃疾病
☐惡性腫瘤 ☐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. 內分泌系統：☐體重增加或減輕3公斤以上 ☐心悸 ☐便秘或腹瀉
2. 血液系統：☐發燒 ☐倦怠 ☐頭暈 ☐盜汗 ☐自發性皮下出血或瘀青
3. 呼吸系統：☐咳嗽 ☐胸痛 ☐呼吸困難
4. 其他：☐視力模糊 ☐噁心 ☐嘔吐 ☐腹部疼痛 ☐皮膚紅斑、發炎或潰瘍
☐女性月經異常 ☐牙齦腫脹 ☐其他_____

5. ☐以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依游離輻射防護法實施作業環境或個別劑量監測？ ☐有 ☐無

=====【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)頭、頸部【眼睛(含白內障)、甲狀腺結節、腫瘤、淋巴結】
 - (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、肌肉
 - (8)皮膚
3. 心智及精神狀況
4. 胸部X光：_____
5. 肺功能檢查(包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0}))
6. 甲狀腺功能檢查：free T4____、TSH____
7. 生化血液檢查：血清丙胺酸轉胺酶(ALT)____ 肌酸酐(creatinine)____
8. 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____ 血小板數____
9. 尿液檢查：尿糖____ 尿蛋白____ 尿潛血____ 尿沉渣鏡檢(細胞學診斷)____

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：

備註：

肺功能檢查為新進勞工之特殊體格或變更作業之檢查項目，在職勞工之特殊健康檢查，無須檢測此項目；但於核能電廠或廢料貯存場作業，仍需進行本項檢測。