

編號 1 高溫作業 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. 從事高溫作業平均每日工時_____小時
4. 是否接受熱適應訓練 是，共__日 否

- 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. 心臟血管：高血壓 缺血性心臟病 心絞痛 心肌梗塞 無
2. 呼吸系統：氣喘 無
3. 內分泌：糖尿病 甲狀腺功能亢進 無
4. 腎臟泌尿：腎功能異常 腎結石 無
5. 生殖系統：不孕 無
6. 皮膚系統：皮膚紅疹 大面積燒燙傷 無汗症 無
7. 免疫性疾病：嚴重的細菌性或病毒性感染症 _____ 無
8. 長期服用藥物：利尿劑 降血壓藥物 鎮定劑 抗癲癇劑
抗血液凝固劑 抗膽鹼激素劑 抗精神病藥
甲狀腺素 減肥藥 興奮劑 其他_____ 無
9. 熱傷害：熱痙攣 熱暈厥 熱衰竭 中暑 橫紋肌溶解 無
10. 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
4. 請問您過去一個月內是否有運動超過 30 分鐘的習慣？

從未運動 每週未達3天 每週3天以上

六、自覺症狀 您最近三個月或工作時是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾)

1. 心臟血管：運動時胸悶、胸痛
2. 呼吸系統：呼吸困難
3. 內分泌系統：口乾 多尿 體重下降 心悸 手部顫抖 其他_____
4. 泌尿系統：水腫 血尿 寡尿或無尿
5. 皮膚系統：皮膚紅疹 排汗異常
6. 其他_____
7. 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)呼吸系統
 - (3)神經系統
 - (4)肌肉骨骼
 - (5)皮膚系統
3. 心電圖：_____
4. 肺功能檢查 (包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)：
5. 生化血液檢查：飯前血糖(sugar AC)_____ 血中尿素氮(BUN)_____
肌酸酐(creatinine)_____ 鈉_____ 鉀_____ 氯_____
6. 血液檢查：血色素_____
7. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____

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：