

編號 4 異常氣壓作業 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. 從事異常氣壓作業平均每日工時_____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. 心臟血管：高血壓 心臟病 開放性卵圓孔 心房中膈缺損 無
2. 神經精神：偏頭痛 中風 癲癇 精神疾病 無
3. 呼吸系統：自發性氣胸 活動性氣喘 慢性阻塞性肺病 無
4. 耳鼻喉系統：聽力受損 耳膜破損 反覆性眩暈 梅尼爾氏症 無
5. 手術：開胸手術 耳部手術 肱骨、脛骨或股骨骨折，其他骨折_____
- 無
6. 長期服用藥物：類固醇藥物 酒癮 毒癮 其他_____ 無
7. 其他：胰臟炎 糖尿病 _____ 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 胸悶
2. 神經系統：倦怠 頭痛 頭暈 記憶力變差 耳鳴 手腳麻痛
手腳肌肉無力 步態異常

3. 呼吸系統：咳嗽 胸痛 呼吸困難
4. 肌肉關節：肌肉酸痛 關節痛
5. 皮膚系統：皮膚搔癢 皮膚紅疹
6. 其他_____

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)耳道
 - (2)心臟血管
 - (3)呼吸系統
 - (4)神經系統
 - (5)骨骼、關節
 - (6)皮膚
 - (7)精神狀態
3. 胸部 X 光：_____
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. 40 歲以上或懷疑有心臟疾病者：心電圖_____
6. 抗壓力檢查
7. 耐氧試驗
8. 從事異常氣壓作業經驗達 5 年，且肩、髖關節有問題者：關節部之長骨 X 光檢查

八、健康追蹤檢查

1. 檢查日期__年__月__日
2. 檢查項目
- (1)_____
 - (2)_____
 - (3)_____
 - (4)_____

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：

備註：

1. 抗壓力檢查、耐氧試驗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。
2. 關節 X 光檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業之無須檢測。