

臺北醫學大學附設醫院·體格檢查證明書

新進人員資料 (新進同仁填寫)

姓名		身分證字號		員工編號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚

※基於個人與公共利益，本人同意接受工作相關且優於政府法規之檢查與疫苗，及提供檢查結果，並誠實告知醫師及單位主管目前健康狀況，作為派工與選工參考。

新進員工簽名： _____ **日期：** _____

聘任單位主管填寫

※請主管敦促新進人員務必於報到前完成體檢報告 (若無合格體檢報告，依法不能到職)。
※為避免損及新進人員或醫院之權益，本單位承諾依醫院規定，督促人員完成體檢並確認體檢結果適合任用之後，再讓人員到院工作。

單位主管簽章： _____ **日期：** _____

到任單位		到任職稱		預計到職日	
作業類別	共通項目【必填，二擇一】： <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 醫療 (參見下方醫療作業員工之定義)				
	院定特別作業： <input type="checkbox"/> 供膳 (營養室、嬰兒室、新生兒 ICU) <input type="checkbox"/> 居家護理				
	法定特別危害健康作業： <input type="checkbox"/> 游離輻射 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 甲醛 <input type="checkbox"/> 二甲基甲醯胺 <input type="checkbox"/> 高溫 <input type="checkbox"/> 噪音 <input type="checkbox"/> 其他 _____				

※「醫療」作業人員依本院感染管制室「醫院員工感染防治工作指導書」定義：醫師、護理人員、醫事放射人員、檢驗技術人員、藥師、營養師、社工師、呼吸治療師、復健治療人員、放射技術人員等。

註：1.新進人員體檢證明書**必須使用本院格式且在3個月內** (註：離職再入職、留職停薪復職及北醫體系友院調任體檢報告須在12個月內，但胸部X光仍須在3個月內)，本證明書亦僅限本院任職體檢用。**2.**新進人員**體格檢查原則上應在本院**，如有特殊因素，仍須在區域醫院以上等級或北醫體系醫院，且使用本院格式記錄檢查結果。**3.**本院體格檢查費：共通項目1500元、**特別作業**2000元，但完診後才重新掛診補加做之項目則另自行付費。**4.**體檢當天請「空腹」受檢。**5.本院體檢流程：**門診組掛號、填寫下方體檢問卷→家醫科→門診組批價→接受檢查→回診取體檢報告及疫苗施打建議 (依醫師告知時間)。

請新進同仁確實填寫個人病史，填寫時請與格子內畫「V」，並以正楷填寫。

- A. 作業經歷：**是否有過職業傷病或職業病？否 是：診斷：_____
1. 曾經因健康狀況不佳而離職？否 是：_____
 2. 曾從事**特別危害健康作業**？否 是：游離輻射 鉛 甲醛 二甲基甲醯胺 高溫 噪音
其他：_____
 3. 任職公司：_____；年資_____年_____月；工作內容：_____。
 4. 過去1個月，平均每週工時：40 _____小時；過去6個月，平均每週工時：40 _____小時。
- B. 內科病史：**曾被診斷出：高血壓 糖尿病 心臟病 癌症_____ 白內障 中風 癲癇
氣喘 慢性氣管炎、肺氣腫 肺結核 腎臟病 肝病 貧血 中耳炎 聽力障礙 甲狀腺疾病
消化性潰瘍、胃炎 逆流性食道炎 骨折_____ 心律不整 B型肝炎帶原 C型肝炎帶原 精神官能症 憂鬱症 其他慢性病_____；以上皆無
- C. 外科病史：**曾手術開刀 (含剖腹產)？否 是，手術名稱、時間、原因：_____
- D. 服藥史：**目前服藥治療？否 是，藥名：_____，一天服用_____次，已服_____年_____月。
 是否曾長期時間服藥？否 是，原因：_____，已服_____年_____月。
- E. 其他病史：** _____
- F. 自覺症狀 (3個月內)：**咳嗽 咳痰 呼吸困難 胸痛 心悸 頭暈 頭痛 耳鳴
倦怠 噁心 腹痛 便秘 腹瀉 血便 上背痛 下背痛 手腳麻痛 關節疼痛 排尿不適
多尿、頻尿 手腳肌肉無力 體重減輕3公斤以上 其他症狀 以上皆無。
- G. 生活習慣：**1. 過去一個月內是否吸菸：從未 偶爾吸 每天_____支，已吸菸_____年 已戒_____年。
 2. 最近六個月內是否有嚼食檳榔：從未 偶爾嚼 每天嚼_____顆，已嚼_____年 已戒_____年。
 3. 最近一個月內是否喝酒：從未 偶爾喝 每天，最常喝_____酒，每次_____瓶 已戒_____年。
 4. 工作日期間，平均每天睡眠時間為_____小時。

※法定特別危害健康作業：請再加填「勞工健康保護規則」之特別危害健康作業相關問卷 (就醫院所提供)

臺北醫學大學附設醫院·體格檢查證明書

檢查日期：____年____月____日		註：標記*項目為勞工健康保護規則及其他政府法規項目。			
*基本	身高：_____公分	體重：_____公斤	腰圍：_____公分	血壓：_____mmHg	
	視力（矯正）左：_____右：_____		辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		聽力： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他：_____
*理學	頭頸部（結膜、淋巴腺、甲狀腺）		消化系統（黃疸、肝臟、腹部）		
	呼吸系統		神經系統（感覺、睡眠）		
	心臟血管系統（心律、心雜音）		肌肉骨骼（四肢）、皮膚		
	<input type="checkbox"/> 供膳：手部皮膚病、出疹、膿瘡、外傷或其他可能造成食品污染之疾病				
	<input type="checkbox"/> 游離輻射：1.頭頸部（含甲狀腺結節、腫瘤、淋巴結）、眼睛（含白內障）；2.心臟；3.肺臟；4.神經系統；5.消化系統；6.泌尿系統；7.骨骼、關節及肌肉；8.皮膚（紅斑）；9.心智及精神				
	<input type="checkbox"/> 鉛：1.齒齦鉛線有無；2.血液系統（貧血）；3.消化系統；4.腎臟系統；5.神經系統				
	<input type="checkbox"/> 甲醛：1.呼吸系統；2.皮膚黏膜（含口、鼻腔、眼睛結膜）				
	<input type="checkbox"/> 二甲基甲醯胺：1.肝臟；2.腎臟；3.心臟血管；4.皮膚				
	<input type="checkbox"/> 其他特別作業：_____				
	評估與建議 <input type="checkbox"/> 以上無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
X光	*胸部X光		檢查日期：_____ <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常：_____		
血液	*血色素		*白血球數		*飯前血糖
	*ALT		*肌酸酐		*膽固醇
	*三酸甘油脂		*高密度脂蛋白		尿酸
	[*輻、鉛] 紅血球數		[*輻、鉛] 血球比容值		
	[*輻] 白血球分類		[*輻] 血小板數		
尿液	*尿蛋白		*尿潛血		
	尿糖		[*輻] 尿沉渣鏡檢		
不同作業別檢查項目					
<input type="checkbox"/> 供膳*	Anti-HAV IgG: _____; Anti-HAV IgM: _____ 傷寒桿菌: _____; 阿米巴痢疾: _____; 桿菌性痢疾: _____; 寄生蟲及卵: _____				
<input type="checkbox"/> 居家護理*	阿米巴痢疾: _____; 桿菌性痢疾: _____; 寄生蟲及卵: _____				
<input type="checkbox"/> 游離輻射*	T3: _____; T4: _____; TSH: _____; 肺功能 (FVC、FEV _{1.0} 、FEV _{1.0} /FVC): _____				
<input type="checkbox"/> 鉛*	血中鉛: _____				
<input type="checkbox"/> 甲醛*	肺功能 (FVC、FEV _{1.0} 、FEV _{1.0} /FVC): _____				
<input type="checkbox"/> 二甲基甲醯胺*	γ-GT: _____				
<input type="checkbox"/> 其他特別作業*	_____				
感染管制項目	HBsAg: _____; Anti-HBs: _____; <input type="checkbox"/> 醫療 Anti-HCV: _____ 水痘抗體: _____; 麻疹抗體: _____ (未曾感染或不確定免疫狀態者皆須接受抗體篩檢)				
醫師評估與配工建議	一般作業： <input type="checkbox"/> 一般行政 <input type="checkbox"/> 一般醫療 院定特別作業： <input type="checkbox"/> 供膳 <input type="checkbox"/> 居家護理				
	特別危害健康作業： <input type="checkbox"/> 游離輻射 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 甲醛 <input type="checkbox"/> 二甲基甲醯胺 <input type="checkbox"/> 高溫 <input type="checkbox"/> 噪音 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	健康管理分級 <input type="checkbox"/> 第一級 <input type="checkbox"/> 第二級 <input type="checkbox"/> 第三級 _____ <input type="checkbox"/> 第四級 _____				
	<input type="checkbox"/> 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。 <input type="checkbox"/> 檢查結果異常評估建議（可複選）： 1. <input type="checkbox"/> 部分異常，宜在_____期限內至_____科，自行回診追蹤。 2. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議不宜從事_____作業，原因：_____。 3. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議調整工作_____，原因：_____。 4. <input type="checkbox"/> 其他：_____，原因：_____。 <input type="checkbox"/> 建議任用， <input type="checkbox"/> 但宜考量：_____				
健檢醫師（簽章、證書字號及日期）：_____			健檢機構：_____		

本院家醫科	【限至本院家醫科評估，且須於到職前接受疫苗施打】
	疫苗施打建議： <input type="checkbox"/> B肝 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> 左列皆無需施打
	本院家醫科專科醫師（簽章、證書字號及日期）：_____
※1. B型肝炎疫苗免費：若B型肝炎標記（HBsAg表面抗原、Anti-HBs表面抗體）呈陰性，家醫科第一劑後追蹤施打。 2. 其他疫苗費用：醫療作業人員（依感管室定義）免費，其他人員優惠價。	

文件名稱	員工健康管理作業程序書	文件編號	QP-E800-003
制定單位	職業安全衛生室		

伍、流程圖-新進人員體格檢查流程

單位主管發給新進人員體格檢查證明書，新進人員於收到通知一週內完成體檢。

權責單位	作業流程	簡要說明	表單文件
新進人員	填寫基本資料等	1.填寫基本資料與疾作業經歷、生活習慣及自覺症狀等調查項目。	體格檢查證明書
單位主管	單位主管簽名	2.單位主管審核基本資料，填寫體檢之作業類別，簽名確認為新進人員。	
門診組	門診掛批櫃檯掛號	3.至門診櫃台掛號。	
家庭醫學科	家庭醫學科開單	4.家庭醫學科門診開立體格檢查套組。	
門診組	門診掛批櫃檯繳費	5.至門診櫃台批價、繳費。	
醫學檢驗科 影像醫學部	接受體格檢查	6.至醫學檢驗科、影像醫學部接受檢查。	
家庭醫學科	回家庭醫學科門診完成體格檢查流程	7.依約診時間（通常一週後）回家庭醫學科聽取檢查結果與疫苗施打建議。	