

表 1-1

三軍總醫院一般作業體格檢查項目表

姓 名	身 份 證 號		
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期	年 月 日
服 務 單 位		受 雇 日 期	年 月 日
檢 查 類 別	<input type="checkbox"/> 新 進 <input type="checkbox"/> 在 職	檢 查 日 期	年 月 日
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，截止日期：__年__月，共__年__月， 是否需輪班： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 兩班制 <input type="checkbox"/> 三班制 <input type="checkbox"/> 四班制 <input type="checkbox"/> 其他：_____)			
3.過去 1 個月，平均每週工時為：__小時(請以檢查日前 1 個月填寫) 過去 6 個月，平均每週工時為：__小時(請以檢查日前 6 個月填寫)			
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)	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 慢性氣管炎、肺氣腫 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/> 逆流性食 道炎 <input type="checkbox"/> 骨折_____ <input type="checkbox"/> 手術開刀_____ <input type="checkbox"/> 其他慢性病_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無		
長 期 服 藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 用藥原因：_____		
生 活 習 慣	1. 請問您過去一個月內是否有吸菸？ <input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 偶爾吸(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天吸，平均每天吸__支， 已吸菸__年 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 從未嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 偶爾嚼(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天嚼，平均每天嚼 __顆，已嚼__年 <input type="checkbox"/> 已經戒食，戒了__年__個月。 3. 請問您過去一個月內是否有喝酒？ <input type="checkbox"/> 從未喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天喝，平均每週喝__次， 最常喝__酒，每次__瓶 <input type="checkbox"/> 已經戒酒，戒了__年__個月。 4. 請問您於工作日期間，平均每天睡眠時間為：__小時。		
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)	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 上背痛 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 手腳麻痛 <input type="checkbox"/> 關節疼痛 <input type="checkbox"/> 排尿不適 <input type="checkbox"/> 多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 體重減輕 3 公斤以上 <input type="checkbox"/> 其他症狀_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無		
理 學 檢 查			
身 高		體 重	
B M I 值		腰 圍	
血 壓 (收縮壓/舒張壓)		脈 搏	
視 力	裸視：左_____右_____；矯正視力：左_____右_____ 配鏡度數：左_____右_____；辨色力測試： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
聽 力 檢 查	左： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，右： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
各 系 統 物 理 檢 查			
頭頸部(結膜、 淋巴腺、甲狀腺)		呼 吸 系 統	
心臟血管系統 (心律、心雜音)		消 化 系 統 (黃疸、肝臟、腹部)	
神 經 系 統 (感 覺)		肌 肉 骨 骼 (四 肢)	

皮膚		胸部檢查	
精神學理檢查		問診(自覺症狀與睡眠概況等)	
血液常規檢查			
白血球數		紅血球數	
血色素		血容積比	
平均血球容積		血小板數	
平均血球血紅素濃度		平均血球血紅素	
嗜中性球		淋巴球	
單核球		嗜酸性球	
嗜鹼性球			
尿液常規			
尿糖		尿潛血	
紅血球		白血球	
圓柱體		上皮細胞	
細菌		酸鹼值	
外觀		尿蛋白	
酮體		硝酸鹽	
膽紅素		比重	
生化檢查			
飯前血糖		總膽固醇	
三酸甘油脂		肌酸酐(creatinine)	
高密度脂蛋白膽固醇 (HDL-C)		低密度脂蛋白膽固醇 (LDL-C)	
尿酸		尿素氮 (BUN)	
AST		ALT	
總蛋白質		白蛋白	
其他血清檢查			
B型肝炎表面抗原		B型肝炎表面抗體	
B型肝炎核心抗體		C型肝炎抗體	
梅毒血清檢查		麻疹 Measles Virus IgG	
德國麻疹 Rubella IgG			
胸部 X 光(大片)			
軍職人員			
靜態心電圖			
糞便潛血檢查			
軍職	5	0	歲以上
癌胚胎抗原 (CEA)		胰臟腫瘤指數 (CA-199)	
攝護腺特異抗原 (PSA, 限男性)		乳癌腫瘤指數 (CA-153, 限女性)	

甲型胎兒蛋白(AFP) (40-49 歲每二年 檢 查 一 次)		腹 部 超 音 波	
應處理及注意事項 (可 複 選)	1. <input type="checkbox"/> 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。 2. <input type="checkbox"/> 檢查結果部份異常，宜在____(期限)內至醫療機構____科， 實施健康追蹤檢查。 3. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議不適宜從事____作業。(請說明原因：____ _____)。 4. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議調整工作(可複選): <input type="checkbox"/> 縮短工作時間(請說明原因：_____)。 <input type="checkbox"/> 更換工作內容(請說明原因：_____)。 <input type="checkbox"/> 變更作業場所(請說明原因：_____)。 <input type="checkbox"/> 其他：_____(請說明原因：_____)。 5. <input type="checkbox"/> 其他：_____。		
健檢醫師姓名(簽 章)及證書字號		檢查醫療機構名稱 、電話及地址	

說明：一、依據

(一)國防部 110 年 02 月 08 日國醫衛勤字第 1100033592 號令修訂「國軍人員體格檢查作業規定」。

(二)勞動部 110 年 12 月 22 日勞職授字第 11002063351 號令修正「勞工健康保護規則」。

(三)三軍總醫院員工健康(體格)檢查暨健康服務實施作業規定。

二、先天性辨色力異常者，定期健康檢查時不需檢測。