

三軍總醫院供膳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)	
A S T		A L T	
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	
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)			
特 殊 作 業 檢 查 項 目			
糞 便 檢 查 : 偵 測 傷 寒 帶 菌 者		糞 便 檢 查 (阿 米 巴 痢 疾)	
寄 生 蟲		癩 病	
A 型 肝 炎 抗 體 (IgM)		A 型 肝 炎 抗 體 (IgG)	
精 神 病		糞 便 檢 查 (桿 菌 性 痢 疾)	
軍 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 (C A - 1 9 9)			
攝 護 腺 特 異 抗 原 (P S A , 限 男 性)		乳 癌 腫 瘤 指 數 (C A - 1 5 3 , 限 女 性)			
甲 型 胎 兒 蛋 白 (AFP) (4 0 - 4 9 歲 每 二 年 檢 查 一 次)		腹 部 超 音 波			
健 康 管 理	1. <input type="checkbox"/> 第一級管理 2. <input type="checkbox"/> 第二級管理 3. <input type="checkbox"/> 第三級管理(應註明臨床診斷) _____ 4. <input type="checkbox"/> 第四級管理(應註明臨床診斷) _____				
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 康 追 蹤 檢 查	1. 檢查日期__年__月__日 2. 檢查項目 (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____ (5) _____				
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。