

三軍總醫院游離輻射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					
3.從事游離輻射作業平均每日工時為_____小時					
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. 內 分 泌： <input type="checkbox"/> 甲狀腺結節、腫瘤 <input type="checkbox"/> 甲狀腺功能異常(亢進或低下) <input type="checkbox"/> 無 2. 血液疾病： <input type="checkbox"/> 白血球低下 <input type="checkbox"/> 缺鐵性貧血 <input type="checkbox"/> 海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 再生不良性貧血 <input type="checkbox"/> 血小板低下 <input type="checkbox"/> 無 3. 肝臟疾病： <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 酒精性肝炎 <input type="checkbox"/> 藥物性肝炎 <input type="checkbox"/> 無 4. 其 他： <input type="checkbox"/> 生殖系統疾病(不孕、女性月經異常) <input type="checkbox"/> 眼疾(白內障) <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臟病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 呼吸疾病 <input type="checkbox"/> 腸胃疾病 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 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				
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. 內分泌系統： <input type="checkbox"/> 體重增加或減輕3公斤以上 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 便秘或腹瀉 2. 血液系統： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 盜汗 <input type="checkbox"/> 自發性皮下出血或瘀青 3. 呼吸系統： <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 4. 其 他： <input type="checkbox"/> 視力模糊 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部疼痛 <input type="checkbox"/> 皮膚紅斑、發炎或潰瘍 <input type="checkbox"/> 女性月經異常 <input type="checkbox"/> 牙齦腫脹 <input type="checkbox"/> 其他_____ 5. <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 檢 查			
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 (H D L - C)		低 密 度 脂 蛋 白 膽 固 醇 (L D L - C)	
尿 酸		尿 素 氮 (B U N)	
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 體	
B 型 肝 炎 核 心 抗 體		C 型 肝 炎 抗 體	
梅 毒 血 清 檢 查		麻 疹 抗 體 Measles IgG	
德 國 麻 疹 抗 體 Rubella IgG		水 痘 抗 體 VZV IgG	
胸 部 X 光 (大 片)			
特 殊 作 業 檢 查 項 目			
頭 頸 部 眼 睛 (含 白 內 障) 皮 膚 (紅 斑)、心 臟、肺 臟、甲 狀 腺、神 經 系 統、泌 尿 系 統、骨 關 節 及 肌 肉 系 統 之 物 理 檢 查		血 液 皮 膚 胃 腸 肺 臟 眼 睛 內 分 泌 及 生 殖 系 統 疾 病 既 往 病 歷 之 調 查	
心 智 及 精 神 檢 查		尿 沈 渣 鏡 檢	
甲 狀 腺 free T4		甲 狀 腺 T S H	
肺 活 量 (F V C)		一 秒 內 最 大 呼 氣 量 (FEV1.0)	

軍		職		人		員	
靜態心電圖							
糞便潛血檢查							
軍		5		0		歲	
職		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					
作業環境資料		1. 事業單位有無提供作業環境監測紀錄? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 健康管理為第三級管理以上, 請註明影響判定結果之作業環境測定數據					
健康管		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) _____					
理							
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, 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. <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: _____)。 6. <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					
備註	1. 作業環境資料請填寫事業單位提供之作業環境監測資料或描述現場作業環境概況。 2. 依據勞工健康保護規則第十三條規定, 屬於第二級管理以上者, 應由醫師註明其不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項; 屬於第三級管理或第四級管理者, 應由醫師註明臨床診斷; 第三級管理以上者, 應由職業醫學科專科醫師實施健康追蹤檢查, 必要時應實施疑似工作相關疾病之現場評估, 且應依評估結果重新分級; 屬於第四級管理者, 經醫師評估現場仍有工作危害因子之暴露者, 應採取危害控制及相關管理措施。 3. 健康管理級數之說明:						

- | |
|---|
| <p>(1)第一級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，全部項目正常，或部分項目異常，而經醫師綜合判定為無異常者。</p> <p>(2)第二級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，而與工作無關者。</p> <p>(3)第三級管理之定義：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，而無法確定此異常與工作之相關性，應進一步請職業醫學科專科醫師評估者。</p> <p>(4)第四級管理之定義：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，且與工作有關者。</p> |
|---|

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。