

## 三軍總醫院護理之家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		
<b>理 學 檢 查</b>			
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		
<b>各 系 統 物 理 檢 查</b>			
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 )	
<b>血 液 常 規 檢 查</b>			
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			
<b>尿 液 常 規</b>			
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	
<b>生 化 檢 查</b>			
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	
<b>其 他 血 清 檢 查</b>			
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 )			
<b>特 殊 作 業 檢 查 項 目</b>			
糞 便 檢 查 ( 阿 米 巴 痢 疾 )		糞 便 檢 查 ( 桿 菌 性 痢 疾 )	
<b>軍 職 人 員</b>			
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	
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。