

# 臺灣鐵路股份有限公司南區營運處高雄運務段

部分工時、職務代理人工作期間 6 個月以內

## 一般體檢含胸部 X 光檢查報告項目

體格檢查認可醫院，請上勞動部勞工健檢認可醫療機構名單查詢

網址→<https://hrpts.osha.gov.tw/asshp/hrpm1055.aspx>

### 一、基本資料：

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 性別：男女  
3. 身分證字號(居留證號)：\_\_\_\_\_ 4. 出生日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
5. 受僱日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 6. 檢查日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 二、作業經歷：

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. 過去 1 個月，平均每週工時為：\_\_\_\_\_小時；過去 6 個月，平均每週工時為：  
\_\_\_\_\_ 小時

### 三、檢查時期(原因)：新進員工(受雇時)

### 四、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，可複選)

- 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\_\_\_\_ 手術開  
刀\_\_\_\_ 其他慢性病\_\_\_\_ 以上皆無

### 五、生活習慣：

1. 請問您過去一個月內是否有吸菸？  
從未吸菸 偶而吸(不適天天)  
 (幾乎)每天吸，平均每天吸\_\_\_\_支，已吸菸\_\_\_\_年  
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？  
從未嚼食檳榔 偶而嚼(不是天天)  
 (幾乎)每天嚼，平均每天嚼\_\_\_\_顆，已嚼\_\_\_\_年  
已經戒食，戒了\_\_\_\_年\_\_\_\_個月
3. 請問您過去一個月內是否有喝酒？

從未喝酒      偶而喝酒(不是天天)

(幾乎)每天喝酒，平均每週喝\_\_\_\_\_次，最常喝\_\_\_\_\_酒，每次\_\_\_\_\_瓶

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。

六、 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)

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

填表說明：

一、 請受檢員工於檢查前，填妥基本資料、作業經歷、既往病史、生活習慣、自覺症狀及疲勞狀況六大項，再交由醫護人員作確認，以有效篩檢健康風險或疾病；

二、 自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。

===== 【以下由認可醫療機構實施健康檢查之醫護人員填寫】 =====

七、 檢查項目：

1. 身高：\_\_\_\_\_公分

2. 體重：\_\_\_\_\_公斤，腰圍：\_\_\_\_\_公分

3. 血壓：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg，脈搏：\_\_\_\_\_次/分鐘

4. 視力(矯正)：左\_\_\_右\_\_\_；辨色力測試：正常 辨色力異常

5. 聽力檢查：正常 異常

6. 各系統或部位之身體檢查：

(1)頭頸部(結膜、淋巴腺、甲狀腺)

(2)呼吸系統

(3)心臟血管系統(心律、心雜音)

(4)消化系統(黃疸、肝臟、腹部)

(5)神經系統(感覺)

(6)肌肉骨骼(四肢)

(7)皮膚

(8)問診(自覺症狀與睡眠概況等)

7. 胸部 X 光：\_\_\_\_\_

八、 應處理及注意事項(可複選)

1. 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。

2. 檢查結果部分異常，宜在(期限)內至醫療機構\_\_\_\_\_科，追蹤檢查或治療。

3.  檢查結果異常或部分異常，建議不適宜從事\_\_\_\_\_作業。(請說明原因:\_\_\_\_)

4.  檢查結果異常或部分異常，建議調整工作(可複選):

縮短工作時間(請說明原因:\_\_\_\_\_)

更換工作內容(請說明原因:\_\_\_\_\_)

變更作業場所(請說明原因:\_\_\_\_\_)

其他\_\_\_\_\_ (請說明原因:\_\_\_\_\_)

5.  其他: \_\_\_\_\_

健檢機構名稱、電話、地址:

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號:

備註:

1. 各系統或部位之身體檢查，健檢醫師應依個別員工之實際狀況作詳細檢查。