

**國營臺灣鐵路股份有限公司臺北電務段**  
**契約人員(助理工程員及工程員)體格檢查表**

(請加蓋檢查醫療機構騎縫章)

**貼相片處**

一年以內一寸  
正面脫帽半身相片

**一、基本資料**

- |                        |  |
|------------------------|--|
| 1. 姓名：_____            | 2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 3. 身分證字號：_____         | 4. 出生日期____年____月____日                                       |
| 5. 住址：_____            | 6. 工作單位：_____  |
| 7. 檢查日期____年____月____日 |  |

**二、作業經歷**

- 曾經從事\_\_\_\_，起始日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月，截止日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月，共\_\_\_\_年\_\_\_\_月
- 目前從事\_\_\_\_，起始日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月，截止日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月，共\_\_\_\_年\_\_\_\_月
- 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(受僱時) ☐定期檢查

**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)

- |                                     |                                   |                                 |                                  |                                    |                              |                               |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <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     |                                 |                                  |                                    |                              |                               |                             |

**五、生活習慣**

- 請問您過去一個月內是否有吸菸？  
☐從未吸菸 ☐偶爾吸(不是天天)  
☐ (幾乎)每天吸，平均每天吸\_\_\_\_支，已吸菸\_\_\_\_年  
☐已經戒菸，戒了\_\_\_\_年\_\_\_\_個月。
- 請問您最近六個月內是否有嚼食檳榔？  
☐從未嚼食檳榔 ☐偶爾嚼(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。
- 請問您過去一個月內是否有喝酒？  
☐從未喝酒 ☐偶爾喝(不是天天)  
☐ (幾乎)每天喝，平均每週喝\_\_\_\_次，最常喝\_\_\_\_酒，每次\_\_\_\_瓶  
☐已經戒酒，戒了\_\_\_\_年\_\_\_\_個月。
- 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)**

- |                                    |                               |                                |                                 |                                    |                              |                              |                               |                             |
|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <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 |                                |                                 |                                    |                              |                              |                               |                             |

**【填表說明】**

- 請受檢員工於勞工健檢前，填妥本表**第一至六項及第八項**，再交由醫護人員作確認，以有效篩檢出疾病。
- 自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。
- 應考人體格檢查注意事項及檢查醫師注意事項詳如第4頁，請務必詳閱。

七、檢查項目【本項由醫護人員填寫】

1. 身高：_____公分      體重：_____公斤      腰圍：_____公分								
2. 視力	項目	辨色力		斜視		視力		檢查結果
	左眼	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	裸視：_____ 矯正：_____				<input type="checkbox"/> 合格
	右眼	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	裸視：_____ 矯正：_____				<input type="checkbox"/> 不合格
	【任一眼有辨色力異常、斜視情形，或任一眼矯正視力未達 1.0 者，為檢查結果不合格】							
3. 聽力		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	平均值	檢查結果
	左耳						分貝	<input type="checkbox"/> 合格
	右耳						分貝	<input type="checkbox"/> 不合格
	【不用助聽器收聽上列各頻率之信號時，任何一耳聽力皆平均 40 分貝以上者，為檢查結果不合格】							
4. 血壓	收縮壓 _____ mm. Hg      舒張壓 _____ mm. Hg						檢查結果	
							<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
【收縮壓持續超過 140 毫米水銀柱(mm. Hg)，舒張壓持續超過 90 毫米水銀柱(mm. Hg)者，為檢查結果不合格】								
5. 肺結核	胸部 X 光 <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 (無異常者不須再做痰塗片檢驗，異常者須再做痰塗片檢驗)						檢查結果	
	痰塗片： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性      痰培養： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性						<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
	【痰塗片呈陽性反應者，為檢查結果不合格】							
6. 四肢	手臂不能伸曲自如或兩手伸臂不能環繞正常 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀_____						檢查結果	
	雙下肢明顯不能蹲下起立或原地起明顯不能自如 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀_____						<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
	【四肢檢查任一項有異狀者為檢查結果不合格】							
7. 精神疾病或精神狀態違常： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____								
【經公立醫院或衛生署評鑑合格之教學醫院證明有精神疾病或精神狀態違常者，為檢查結果不合格】								
8. 各系統部位理學檢查								
(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）：								
9. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____					10. 血液檢查：血色素_____ 白血球_____			
11. 生化血液檢查：血糖_____ 血清丙胺酸轉胺酶(ALT)_____								
肌酸酐(creatinine)_____ 膽固醇_____ 三酸甘油脂_____								
高密度脂蛋白膽固醇 (HDL) _____ 低密度脂蛋白膽固醇_____								

## 八、自主檢核項目

【本項請受檢人員先自主評量勾選，再由醫師複評，有「檢查醫師注意事項」第三項各款情形之一者為不合格】

檢核項目		檢核結果（請受檢人勾選）			
		是否患此疾病		目前是否用藥	
		是	否	是	否
1. 酒癮	慢性酒精中毒者。				
2. 毒、藥癮	不得施用毒品、不得為藥物成癮者。				
3. 骨骼	不得為發育不全或骨骼肌肉畸型，足以妨礙工作者。				
4. 傳染病	不得為法定傳染病患者。但經醫師臨床診斷，確認無影響行車安全者，不在此限。				
5. 心智/神經系統	不得為心理精神異常、語言、知覺、運動或智能等機能障礙或癲癇症等發作性神經系疾病者。				
6. 肌肉關節活動度	不得為肌腱異常及骨膜關節等慢性疾病患者。				
7. 平衡機能	不得為平衡機能顯著障礙。				
8. 心血管系統	不得為患有高血壓或心血管疾病，經臨床診斷不能勝任緊急事故應變者。				
9. 重大疾病	不得為患有其他其足以妨礙工作之疾病者。				
受檢人員簽名：_____					

## 九、檢查結果(上列各項均須檢查，不得遺漏，請注意有無「檢查醫師注意事項」第三項各款情形並請註明合格或不合格)

受檢人員經本醫療機構辦理體格檢查後，其結果為：

- ☐ 檢查結果合 格，依受檢者主訴及檢查結果，於受檢時無上開疾患，並請定期健康檢查。
- ☐ 檢查結果不合格，有上開第\_\_\_\_款之疾患，疾患名稱：\_\_\_\_\_

檢查醫療機構名稱：

醫療機構地址、電話：

檢查醫師：

(簽章)

(醫療機構加蓋印信)

檢查日期：民國      年      月      日

## 受檢人員體格檢查注意事項

- 一、受檢人員之體格檢查，由下列醫療機構辦理之(檢查機構不包含「診所」)：
  - (一)公立醫院
  - (二)衛生福利部評鑑合格之教學醫院
  - (三)直轄市及縣(市)衛生局所屬各鄉(鎮、市、區)衛生所
  - (四)衛生福利部中央健康保險署所屬各聯合門診中心
  - (五)全民健康保險特約醫院

選擇醫療機構時請先詢問是否提供本體格檢查表所列檢查項目，若無法完全提供檢查，請另至其他健全之醫療機構辦理體格檢查。
- 二、檢查費應由受檢人員自行繳納，檢查時如發現特殊症狀，須經特別檢查時，得由檢查機構另行酌收費用。
- 三、一般醫療機構體格檢查報告約需相當時間方能完成，請於收到本函後，儘速前往指定醫療機構辦理體格檢查。寄送體格檢查表前，請再逐一檢查各項檢查項目是否均已完成(1.相片是否加蓋騎縫章。2.檢查日期、檢查項目不可以有「未檢查」字樣或空白；檢查醫師須於檢查結果欄內評定「合格」或「不合格」字樣。3.檢查機構、檢查醫師簽名蓋章及加蓋所屬之醫療機構印信)，並自行影印留存備份。
- 四、肺結核胸部 X 光異常者，須再續作痰塗片檢驗，痰塗片呈陽性反應者，再作痰培養。女性受檢人員如懷孕者(須檢附媽媽手冊)，請逕作痰塗片即可，不須作胸部 X 光。

## 檢查醫師注意事項

- 一、檢查醫師於檢查前，核對受檢人員面貌與體格檢查表所貼相片相符，及受檢人員在檢查表所填各欄資料無訛後，依表列檢查項目逐一檢查，詳細記載，並應於檢查結果欄內評定「合格」或「不合格」字樣。
- 二、檢查完竣後，由檢查醫師簽名蓋章，填寫年月日，加蓋檢查醫療機構印信，並於相片上加蓋騎縫章。
- 三、本甄試受檢人員體格檢查有下列情形之一者，為體格檢查不合格：
  - (一)視力：任一眼有辨色力異常、斜視情形，或任一眼矯正視力未達 1.0 者。
  - (二)聽力：不用助聽器收聽上列各頻率之信號時，任何一耳聽力皆平均 40 分貝以上者。
  - (三)血壓：收縮壓持續超過 140 毫米水銀柱(mm. Hg)；舒張壓持續超過 90 毫米水銀柱(mm. Hg)。
  - (四)四肢：1、手臂不能伸曲自如或兩手伸臂不能環繞正常。  
2、雙下肢明顯不能蹲下起立或原地起跳明顯不能自如。
  - (五)肺結核痰塗片呈陽性反應。
  - (六)經公立醫院或衛生署評鑑合格之教學醫院證明有精神疾病或精神狀態違常，致不堪勝任職務。
  - (七)有下列各款情形之一者：
    - 1.慢性酒精中毒。
    - 2.毒、藥物成癮。
    - 3.發育不全或骨骼肌肉畸型，足以妨礙工作。
    - 4.法定傳染病患。但經醫師臨床診斷，確認無影響行車安全者，不在此限。
    - 5.心理精神異常、語言、知覺、運動或智能等機能障礙或癲癇症等發作性神經系疾病。
    - 6.肌腱異常及骨膜關節等慢性疾病患。
    - 7.平衡機能顯著障礙。
    - 8.患有高血壓或心血管疾病，經臨床診斷不能勝任緊急事故應變。
    - 9.患有其他足以妨礙工作之疾病。