

佳音 員工健康檢查紀錄表 NO:

姓名:	性別:	生日:
單位:	員編	身分證號:
電話 必填		

法定基礎調查 1-4 大項請員工自行填寫(必填)

作業經歷	過去一個月平均每週工時為: _____ 小時; 過去六個月平均每週工時為: _____ 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) <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
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
母性關懷 <small>(女性同仁必填)</small>	<input type="checkbox"/> 目前懷孕中(週數: _____) <input type="checkbox"/> 近一年內有生產 <input type="checkbox"/> 計畫懷孕 <input type="checkbox"/> 以上皆無

1. 身高/體重 身高 _____ 公分 體重 _____ 公斤	2. 聽力檢測 左耳: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 右耳: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	3. 血壓檢測 1. BP _____ / _____ 脈搏 _____ 2. BP _____ / _____ 脈搏 _____	4. 視力檢測 <input type="checkbox"/> 裸視 <input type="checkbox"/> 矯正 左眼 _____ 右眼 _____ 辨色力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱
5. 腰圍 腰圍 _____ 公分 BMI	6. 血液採檢須空腹 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後 <input type="checkbox"/> 拒絕採檢簽名: _____	7. 體脂肪檢測(y: _____) 內臟脂肪: _____ 體年齡: _____ 體脂率: _____ 骨骼肌: _____ 基礎代謝: _____ 脫鞋襪	8. 骨密度檢測: 脫鞋襪 (y: _____) 骨密度數值: _____
9. 尿液採檢 <input type="checkbox"/> 繳回檢體 <input type="checkbox"/> 女性生理期 <input type="checkbox"/> 拒絕採檢簽名: _____	10. X光攝影 NO: _____ <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 拒絕採檢簽名: _____	11. 腹部超音波須空腹 <input type="checkbox"/> 已檢測 <input type="checkbox"/> 拒絕採檢簽名: _____	

自費

身體評估及理學檢查(醫師填寫)

(1) 頭頸部(結膜、淋巴腺、甲狀腺) <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 (2) 呼吸系統 <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 (3) 心臟血管系統(心律、心雜音) <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 (4) 消化系統(黃疸、肝臟、腹部) <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 (5) 神經系統 <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 (6) 肌肉骨骼(四肢) <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 (7) 皮膚 <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常	應注意及處理事項: 醫師簽名: _____ 拒絕檢測: _____
--	---

勞工一般體檢項目

體檢報告應符合為最近 6 個月內期限始予採用，未符合規定者敬請重新檢查。依照職業安全衛生法第二十條第一項規定，勞工對於新進人員體檢有接受的義務。依勞工安全衛生法第四十五條規定，違反以上規定者處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。體檢報告請於報到當天繳交(請繳交正本，報告尚未出來請提供收據，報告後補)。

請至健保指定醫院(非診所)體檢。行政院勞工委員會/勞工體格檢查與及建康檢查指定機構 <https://hrpts.osha.gov.tw/asshp/hrpm1055.aspx>

勞工一般體檢		
項目	檢查內容	檢查目的及疾病症狀
醫師問診	作業經歷、既往病歷、生活習慣、自覺症狀	醫師理學檢查(含頭頸部、胸部、心臟、腹部、四肢、 手部皮膚病、出疹、膿瘡、外傷 等身體各系統或部位)
一般檢查	身高、體重、視力、辨色力、聽力、血壓、脈搏、腰圍	瞭解身體基本功能是否正常
血液常規	WBC 白血球	貧血(缺鐵、海洋性貧血)、血液凝固功能、白血病及其他血液癌症、細菌性感染
	Hb 血色素	
血糖	Glucose AC 飯前血糖	糖尿病檢驗
腎功能	Creatinine 肌酸酐	評估腎臟功能
血脂肪	TG 三酸甘油脂	脂肪代謝異常
	T-Cho 膽固醇	
肝功能	GPT 麩胺基葡萄糖胺基轉移酶	肝病、膽道疾病、肝炎、肝功能異常、肝硬化症、營養狀態、體內異常發炎
尿液常規	Protein 尿蛋白質	腎功能不良、腎臟症候群、泌尿道感染、糖尿病、黃疸、血尿、泌尿道結石
	Urine Occult Blood 尿潛血	
放射科	胸部 X 光(Chest P-A)	肺結核 、肺炎、肋膜積水、支氣管擴張、心臟肥大、肺癌

體檢需攜帶:身分證、健保卡、2吋照片 1張

檢查注意事項:

1. 佳音為已簽約客戶不需預約，直接 1 樓抽號碼牌報到即可
2. 受檢前一日午夜 12 點過後請勿進食水也不可喝口渴請以漱口代替(需完全空腹 6-8 小時)
下午體檢者往前推 6-8 小時需禁食體檢前三天請盡量清淡飲食
3. 到院檢查請勿攜帶貴重之物品,穿著輕便之服飾,勿掛金屬物品或衣服上過多裝飾物
4. 有慢性病患者,如:高血壓、糖尿病...請勿停藥
5. 女性若遇生理期請事先告知護理人員喔!可避開者盡可能避開生理期
6. 女性懷孕或疑似懷孕請勿照 X 光

配合醫院:宏恩醫院

地 址：台北市仁愛路四段 61 號 1 樓/**抽體檢號碼牌等候叫號**

諮詢電話：02-2771-3161*267

受檢時間：

週一到週五 AM: 08:00~10:30 PM: 13:00-14:30(中午 12:00 休息時間恕不受理檢查)

週六 AM: 08:00~10:30

若有人事行政局宣佈放假日則配合休診

因假日受檢時間短多請週六務必於 10:00 前報到避免無法受檢

交通位置

公車站牌: (1)站名*敦化南路口*仁愛幹線 . 37 .

263 . 311 . 266 副線. 36 . 261 . 270 . 621 .

(2)站名*大安路口*仁愛幹線. 37 . 263 . 311 .

266 副線. 36 . 261 . 270 . 621 . 270 . 621 . 630

(3)站名*仁愛路口*敦化南路幹線 . 52 . 33 .

285 . 275 . 292 . 630 . 41

捷運搭乘：搭乘 **板南線捷運忠孝復興站下車** .

經由 **3 號出口**直走右轉延著大安路直走至仁愛路左轉



付費時停車場位置：1 仁愛路四段二十七巷（華南銀行正後方巷內）

2 福華飯店停車場旁農會停車場

3 大安路上的停車格