

編號 21 黃磷作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄

一、基本資料

1. 姓名：_____ 2. 性別：☐男 ☐女 3. 身分證字號(護照號碼)：_____
4. 出生日期__年__月__日 5. 受僱日期__年__月__日 6. 檢查日期__年__月__日
7. 事業單位名稱(廠別) _____ 地址_____

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, 截至__年__月, 共__年__月
3. 從事黃磷作業平均每日工時_____小時

- 三、檢查時期(原因)：☐新進員工(受僱時) ☐變更作業
☐定期檢查 ☐健康追蹤檢查

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)

1. 呼吸系統：☐慢性氣管炎、肺氣腫 ☐肺炎 ☐無
2. 肝臟疾病：☐B型肝炎 ☐C型肝炎 ☐脂肪肝 ☐酒精性肝炎 ☐藥物性肝炎 ☐無
3. 其 他：☐疲倦、倦怠 ☐貧血 ☐眼睛疾病 ☐腎臟疾病 ☐_____ ☐無
4. ☐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
2. 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
3. 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

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)

1. 心臟血管：☐心悸 ☐頭暈 ☐頭痛
2. 呼吸系統：☐咳嗽 ☐咳痰 ☐呼吸困難 ☐胸痛
3. 泌尿系統：☐排尿不適 ☐多尿、頻尿
4. 消化系統：☐噁心 ☐腹痛 ☐便秘 ☐腹瀉 ☐血便 ☐食慾不振
5. 其 他：☐牙痛 ☐下顎痛 ☐_____
6. ☐以上皆無

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

七、檢查項目

1. 基本項目：身高____公分；體重____公斤；腰圍____公分；血壓____/____mmHg
視力(矯正)：左____右____；辨色力測試：☐正常 ☐辨色力異常
2. 各系統或部位身體檢查：

- (1)呼吸系統
- (2)肝臟
- (3)腎臟
- (4)皮膚
- (5)眼睛
- (6)牙齒及下顎（疼痛、變形）
- 3. 生化血液檢查：血清丙胺酸轉胺酶(ALT)_____ 加瑪麩胺醯轉移酶(r-GT)_____
- 4. 血液檢查：紅血球數_____ 血色素_____ 血球比容值_____
- 白血球數_____ 白血球分類_____

八、健康追蹤檢查

- 1. 檢查日期____年____月____日
- 2. 檢查項目
 - (1)_____
 - (2)_____
 - (3)_____
 - (4)_____
 - (5)_____

九、健康管理

- ☐第一級管理
- ☐第二級管理
- ☐第三級管理（應註明臨床診斷）_____
- ☐第四級管理（應註明臨床診斷）_____

十、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. ☐檢查結果異常，宜在（期 限）內至醫療機構_____科，實施健康追蹤檢查。
- 3. ☐檢查結果異常，建議不適宜從事_____作業（請說明原因：_____）。
- 4. ☐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. ☐檢查結果異常，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：_____）。
- 6. ☐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：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：