

編號 28 溴丙烷作業 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. 從事溴丙烷作業平均每日工時_____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. 神經系統：☐腦病變(中樞神經疾病) ☐周圍神經病變 ☐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. 皮膚系統：☐刺激性皮膚炎 ☐過敏性皮膚炎 ☐化學性灼傷 ☐皮膚紅疹 ☐無
4. 其 他：☐生殖系統(不孕、女性月經異常) ☐免疫性疾病 ☐_____ ☐無
5. ☐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. 神經精神：☐頭暈 ☐頭痛 ☐記憶力變差 ☐失眠 ☐情緒不穩 ☐感覺異常
☐手腳肌肉無力、酸麻或抽搐 ☐容易跌倒
2. 泌尿系統：☐尿量減少 ☐眼瞼、下肢水腫
3. 消化系統：☐食慾不振 ☐噁心 ☐倦怠 ☐腹痛 ☐體重減輕3公斤以上
4. 皮膚系統：☐暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
5. 其 他：☐眼睛痠痛 ☐喉嚨乾燥或刺激感 ☐女性月經異常 ☐_____ ☐無
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)神經系統

(2)肌肉骨骼

(3)皮膚

3. 胸部 X 光：_____

4. 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)_____

5. 血液檢查：紅血球數_____ 血色素_____ 血球比容值_____

白血球數_____ 血小板數_____

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：