

阿里山林業鐵路及文化資產管理處

新進人員體格檢查表(丙類體位-維修檢查人員)

一、基本資料 1. 姓名：_____ 2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 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. 住址：_____	貼相片處 一年以內一吋 正面脫帽半身 相片
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 , 是否需輪班 <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 兩班制 <input type="checkbox"/> 三班制 <input type="checkbox"/> 四班制 <input type="checkbox"/> 其他：____) <input type="checkbox"/> 否 3. 過去 1 個月, 平均每週工時為：____小時(請以檢查日前 1 個月填寫); 過去 6 個月, 平均每週工時為：____小時(請以檢查日前 6 個月填寫)	相片處請加蓋檢查醫 療機構騎縫章
三、既往病史 1. 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"/> 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"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 心血管疾病_____ <input type="checkbox"/> 手術開刀_____ <input type="checkbox"/> 其他慢性病_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無 2. 目前服藥 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 藥名：_____/作用：_____	
四、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。	
五、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"/> 排尿不適 <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"/> 噁心 <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	

六、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】

項目	說明	檢查結果(請勾選)			
		是否患此情形		目前是否用藥	
		是	否	是	否
酒 癮	慢性酒精中毒者				
毒 癮	施用毒品者				
藥 癮	藥物成癮者				
骨 骼	發育不全或骨骼肌肉畸型，足以妨礙工作者				
傳 染 病	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				
心 智 / 神 經 系 統	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				
肌 內 關 節 活 動 度	肌腱異常及骨膜關節等慢性疾病患者				
平 衡 機 能	平衡機能顯著障礙				
心 血 管 系 統	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				
其 他 疾 病	患有其他足以妨礙工作之疾病者： 病名：_____				
受檢者簽名：_____					

【填表說明】

- 一、請受檢員工於勞工健檢前，填妥本表第一至六項，再交由醫護人員作確認，以有效篩檢出疾病。
- 二、自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。
- 三、受檢人體格檢查注意事項及檢查醫師注意事項詳如第 5、6 頁，請務必詳閱。

七、檢查項目【以下由醫護人員填寫】

1. 身高：_____公分 體重：_____公斤 腰圍：_____公分

2. 聽力	項目	500Hz	1000Hz	2000Hz	檢查結果
	左耳				<input type="checkbox"/> 合格
	右耳				<input type="checkbox"/> 不合格
	不合格基準：不用助聽器收聽，好耳聽力平均超過四十分貝，差耳聽力平均超過五十五分貝。 判定說明： 依檢核內容判定。				
3. 視力	項目	辨色力	斜視	視力	檢查結果
	左眼	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 色盲	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	裸視： 矯正：	<input type="checkbox"/> 合格
	右眼	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 色盲	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	裸視： 矯正：	<input type="checkbox"/> 不合格
	不合格基準：任一眼辨色力色盲、色弱、斜視，或任一眼矯正視力未達 0.8。 判定說明： 依檢核內容判定。				
4. 血壓	收縮壓 _____ 舒張壓 _____ <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常 _____ 不合格基準：收縮壓超過 160 毫米水銀柱(mmHg)，舒張壓超過 110 毫米水銀柱(mmHg)。 判定說明： 依檢核內容判定。				檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
5. 心血管 疾病	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常 _____ 不合格基準：患有心血管疾病，經臨床診斷不能勝任緊急事故應變。 判定說明： 以心電圖檢查、既往病史、必要時得由心臟內科判定。				檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
6. 肢體	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常 _____ 不合格基準：發育不全、骨骼肌肉畸形，足以妨礙工作；或平衡機能顯有障礙。 判定說明： 依既往病史、生活習慣及理學檢查判定。				檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
7. 法定傳染病	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常 _____ 不合格基準：患有法定傳染病，經臨床診斷，確認有影響行車安全者。 判定說明： 以胸部 X 光、既往病史、生活習慣及理學檢查判定。				檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
8. 心智/神經系統	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性神經系統病： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常 _____ 不合格基準：有異常。 判定說明： 依既往病史判定，必要時得由身心科醫師判定。				檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
9. 肌肉關節活動度	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常 _____ 不合格基準：為肌腱異常及骨膜關節等慢性疾病患者。 判定說明： 依理學檢查判定。				檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
10. 其他	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常 _____ 不合格基準：足以妨礙工作之疾病。				檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格

11. 酒癮	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常_____	檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格		
	不合格基準：為慢性酒精中毒者。 判定說明： 依既往病史、生活習慣及理學檢查判定。			
12. 毒品	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常_____	檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格		
	不合格基準：施用毒品。 判定說明： 依既往病史、生活習慣及理學檢查判定。			
13. 藥癮	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 有異常_____	檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格		
	不合格基準：藥物成癮者。 判定說明： 依既往病史、生活習慣及理學檢查判定。			
14. 胸 X 光	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常_____【異常原因須再做肺結核檢驗者，應進行痰塗片及痰培養檢驗】			
	<input type="checkbox"/> 胸部 X 光異常 → 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 不合格基準：肺結核痰塗片呈陽性反應	檢查結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格		
15. 心電圖	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常_____			
16. 各系統或部位身體檢查及問診：				
(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）：				
17. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____ 尿糖_____				
18. 血液檢查：血色素_____ 白血球_____ 紅血球_____ 血小板_____ 血球容積比_____				
19. 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_____ 低密度脂蛋白膽固醇_____				

八、檢查結果

(上列各項均須檢查，不得遺漏，請注意有無下頁「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)

受檢人經本醫療機構辦理體格檢查結果為：

1. ☐ 符合「阿里山林業鐵路及文化資產管理處新進員工體格檢查表」。
2. ☐ 體檢項目有異常發現，但體格符合「阿里山林業鐵路及文化資產管理處新進員工體格檢查表」。
3. ☐ 不符合「阿里山林業鐵路及文化資產管理處新進員工體格檢查表」。

體格異常部分處理及注意事項(可複選)：

1. ☐ 檢查結果部分異常，宜在(____期限)內至醫療機構科，實施健康追蹤檢查。
2. ☐ 檢查結果異常，建議不適宜從事_____作業。(請說明原因：_____)
3. ☐ 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：_____)。
4. ☐ 其他：_____

檢查機構名稱：

醫療機構地址：

檢查醫師：(簽章)

檢查日期：民國____年____月____日

(醫療機構加蓋印信)

受檢人體格檢查注意事項

一、受檢人之體格檢查，由下列醫療機構辦理之(檢查機構不包括「診所」)：

- (一)公立醫院。
- (二)衛生福利部評鑑合格之教學醫院。
- (三)衛福部所屬之醫療機構。
- (四)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，請於接獲錄取通知後，儘速前往指定醫療機構辦理體格檢查。請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、胸部 X 光異常原因須再做肺結核檢驗者，應續作痰塗片檢驗，痰塗片呈陽性反應者，再作痰培養。女性錄取人員如懷孕者(須檢附媽媽手冊)，請逕作痰塗片即可，不須作胸部 X 光。

五、體格檢查不合格或未於規定時間內繳送者，不予錄取。

檢查醫師注意事項

- 一、檢查醫師於檢查前，核對受檢人面貌與體格檢查表所貼相片相符，及受檢人在檢查表所填各欄資料無誤後，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、受檢人有下列情形之一者，為體格檢查不合格：
 1. 聽力：不用助聽器收聽，好耳聽力平均超過四十分貝，差耳聽力平均超過五十五分貝。
 2. 視力：任一眼辨色力色盲、色弱、斜視，或任一眼矯正視力未達 0.8。
 3. 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，或收縮壓超過 160 毫米水銀柱(mmHg)，舒張壓超過 110 毫米水銀柱(mmHg)。
 4. 發育不全、骨骼肌肉畸形，足以妨礙工作。
 5. 平衡機能顯有障礙。
 6. 患有法定傳染病，經臨床診斷，確認有影響行車安全者。
 7. 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性神經系疾病者。
 8. 肌腱異常及骨膜關節等慢性疾病患者。
 9. 慢性酒精中毒、施用毒品及藥物成癮。
 10. 患有其他足以妨礙工作之疾病。