

國立臺灣師範大學教職員工定期一般健康檢查注意事項

本校為營造健康職場預防職業傷病發生，增進教職員工身心健康與福祉，進行健康風險評估與健康管理，採取健康促進相關措施，以及職場選工、配工及復工。為守護同仁健康、權益與隱私，無論您選擇到校參與當年合約醫院之巡迴團體健康檢查或至非合約醫院之健康檢查，本校僅留存您勞動部公告勞工體格檢查指定醫療機構施作之法定體格檢查項目(請至下述網頁 <https://www.osha.gov.tw/1106/1196/10141/10146/11021/> 查詢勞動部認可辦理勞工健康檢查之醫療機構)。若檢查結果有校園防治傳染病安全理由，您願遵照醫療機構及學生事務處健康中心建議，做進一步檢查或就醫，並配合後續追蹤事宜。

一、定期一般健康檢查相關規定如下

(一)本校編制內之公教人員得依下列規定，定期接受一般健康檢查：

1. 年滿四十歲以上者，每二年檢查一次。補助 4,500 元為限，低於 4,500 元者，以實際金額核報。
2. 未滿四十歲者，服務本校年資滿五年，每五年接受健康檢查一次，得比照勞工補助當年度學生事務處健康中心健檢採購案得標醫療機構之健檢金額。
3. 從事特別危害健康作業者，每年接受特殊健康檢查一次。
4. 中央各機關(構)學校駐衛警察之健康檢查，得比照中央機關(構)員工一般健康檢查補助基準表辦理。

(二)勞保承保之在職人員應依下列規定，定期接受一般健康檢查：

1. 年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。
2. 年滿四十歲未滿六十五歲者，每三年檢查一次。
3. 未滿四十歲者，每五年檢查一次。
4. 從事特別危害健康作業者，每年接受特殊健康檢查一次。

(三)從事特別危害健康作業人員應定期接受特殊健康檢查或於變更作業(開始從事或變更特別危害健康作業項目)前應主動接受特殊健康檢查。

(四)依勞動部職業安全衛生法第 20 條規定，教職員工對於雇主提供之健康檢查，有接受之義務，違反者，主管機關可處新臺幣 3,000 元以下罰鍰。

註 1. 依據職安法第 20、21 條與公務人員安全及衛生防護辦法第 19 條規定，本校須留存同仁的健康檢查紀錄文件且保存年限為七年、特殊健康檢查記錄依危害作業項目保存十年，部分項目保存至三十年以作為健康管理業務之用。保存期限屆滿後，將銷毀您歷次繳交的健檢報告。

註 2. 本校會依個人資料保護法善盡保密之責，但您必須瞭解主管機關(例:勞動部與教育部等)依法查核職業安全衛生業務時，可能會檢視您的資料，但他們也須依法遵守保密義務。

若您對此告知事項之內容有任何疑慮，請聯絡本校學生事務處健康中心職業安全衛生護理師 (02) 7749-5754、(02) 7749-6449

國立臺灣師範大學
教職員工定期一般健康檢查紀錄表

一、基本資料 Basic Information

本表保存 7 年

姓名 Name		身分證字號 ID	
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birth date (YYYY-MM-DD)	
受僱日期 Employed date (YYYY-MM-DD)		檢查日期 Examination date (YYYY-MM-DD)	
服務單位 Department		是否有輪值夜班 Do you have night shift?	<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No
職稱 Job title		單位聯絡電話 Phone Number	

二、作業經歷 Work History

曾經從事		起始日期	年 月	截止日期	年 月
目前從事		起始日期	年 月	截止日期	年 月
平均每週工時為 Working hour/ week (未有工作經歷者免填)					
過去 1 個月，平均每週工時為 Average working hour per week for past month					小時/每週 hours/week
過去 6 個月，平均每週工時為 Average working hour per week for past six months					小時/每週 hours/week

三、既往病史 Medical History

您是否曾患有下列慢性疾病 Do you have/had the following diseases : (請在適當項目前打勾 Please check the appropriate item)

<input type="checkbox"/> 以下皆無 None of the above	<input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension	<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes
<input type="checkbox"/> 心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 白內障 Cataracts	<input type="checkbox"/> 中風 Stroke
<input type="checkbox"/> 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 慢性氣管炎 Chronic bronchitis
<input type="checkbox"/> 肺氣腫 Emphysema	<input type="checkbox"/> 肺結核 Pulmonary tuberculosis	<input type="checkbox"/> 腎臟病 Renal disease
<input type="checkbox"/> 肝病 Hepatitis	<input type="checkbox"/> 貧血 Anemia	<input type="checkbox"/> 中耳炎 Otitis
<input type="checkbox"/> 聽力障礙 Hearing impairment	<input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 Thyroid disease	<input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 Gastroesophageal reflux disease
<input type="checkbox"/> 胃炎/ 消化性潰瘍 Gastritis/ Peptic Ulcers	<input type="checkbox"/> 骨折 Fracture _____	<input type="checkbox"/> 手術開刀 Surgery _____
<input type="checkbox"/> 癌症 Cancer _____	<input type="checkbox"/> 其他慢性病 Others _____	

四、生活習慣 Life Style

請問您過去一個月內是否有吸菸? Have you been smoking during the past month?

從未吸菸 Never

偶爾吸 Sometimes (不是天天 Not everyday)

(幾乎)每天吸 (Almost) Everyday，平均每天吸 Average everyday smoke ___ 支 cigarettes，已吸菸 Have been smoking for ___ 年 years

已經戒菸 Quit，戒了 Quit ___ 年 Year ___ 個月 Months

請問您最近六個月內是否有嚼食檳榔? Have you been chewing betel nuts during the past six months?

從未嚼食檳榔 Never

偶爾嚼 Sometimes (不是天天 Not everyday)

(幾乎)每天嚼 (Almost) Everyday，平均每天嚼 Average chew ___ 顆 nuts，已嚼 Chewed ___ 年 years

已經戒食 Quit，戒了 Quit ___ 年 Year ___ 個月 Months

請問您過去一個月內是否有喝酒？ Did you drink alcohol during the past month？

- 從未喝酒 Never
 偶爾喝 Sometimes (不是天天 Not everyday)
 (幾乎)每天喝(Almost) Everyday，平均每週喝 Average everyweek drink _____ 次 times，最常喝 Usually drink _____ 酒 type of drink，每次 Everytime _____ 瓶 bottles
 已經戒酒 Quit，戒了 Quit _____ 年 Year _____ 個月 Months

請問您於工作日期間，平均每天睡眠時間為 Averagely how many hours do you sleep during working days _____ 小時
 hours

五、自覺症狀 Symptoms

您最近三個月是否常有下列症狀 Do you have any of these symptoms during the past three months：
 (請在適當項目前打勾 Please check the suitable item)

<input type="checkbox"/> 以下皆無 None of the above	咳嗽 Coughing (慢性咳嗽) Chronic	咳痰 To cough up phlegm
<input type="checkbox"/> 呼吸困難 Breathing difficulty	胸痛 chest pain	心悸 palpitation
<input type="checkbox"/> 頭暈 Dizziness	頭痛 Headache	耳鳴 Tinnitus
<input type="checkbox"/> 倦怠 Fatigue	噁心 Nausea	腹痛 Abdominal pain
<input type="checkbox"/> 便秘 constipation	腹瀉 diarrhea	血便 Bloody stool
<input type="checkbox"/> 上背痛 Upper back pain	下背痛 Lower back pain	手腳麻痛 Limb numbness
<input type="checkbox"/> 關節疼痛 Joint pain	排尿不適 Dysuria	多尿、頻尿 Urinary frequency
<input type="checkbox"/> 手腳肌肉無力 Muscle weakness	體重少 >3Kg Loss of weight for more than 3Kg	其他症狀 Other _____

===== 【以下由醫護人員填寫 The following information is filled in by the medical personnel】 =====

六、檢查項目 Examination Items

身高 Height: _____ cm	體重 Weight: _____ kg	腰圍 Wrist circumference: _____ cm
血壓 Blood Pressure: _____ / _____ mmHg	脈搏 Pulse Rate: _____ /min	
視力 Visual Acuity: 裸視 Uncorrected (R: _____ L: _____)	矯正 Corrected (R: _____ L: _____)	
辨色力 Color Differentiation: <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal		
聽力 Hearing Acuity: <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal		
頭頸部 Head & Neck (結膜 Conjunctival、淋巴腺 Lymph gland、甲狀腺 Thyroid) :		
呼吸系統 Respiratory :		
心臟血管 Cardiovascular (心律 Rhythm、心雜音 Heart murmur) :		
消化系統 Digestive (黃疸 Jaundice、肝臟 Liver、腹部 Abdomen) :		
肌肉骨骼 Muscles/Bones/Joints (四肢 Limbs) :		
皮膚 Skin:		
問診自覺症狀與睡眠概況 Self-state symptoms and sleep status:		

實驗室檢查 Laboratory Examinations

肝功能(Liver Function Test) - SGPT (Serum Glutamic-Pyruvic Transaminase) : U/L	空腹血糖 Fasting Plasma Glucose : mg/dL
血紅素 Hemoglobin: g/dL	白血球數 WBC: K/ μ L
總膽固醇 Total -Cholesterol: g/dL	肌酸酐 Creatinine: mg/dL
三酸甘油酯 Triglyceride: mg/dL	高密度脂蛋白膽固醇 HDL-Cholesterol; HDL-C : mg/dL
低密度脂蛋白膽固醇 LDL-Cholesterol; LDL-C :	mg/dL

尿液 Urine:尿蛋白 Urine Protein_____ 尿潛血 Urine Occult Blood_____

胸部 X光 Chest X-Ray Finding :

八、應處理及注意事項 (可複選) Comments and Suggestions: (If the comments / Suggestion and the Doctor's signature is not available, please provide the formal examination report as the attached.)

1. 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。
2. 檢查結果部分異常宜在()內至醫療機構 _____科，實施健康追蹤檢查。
3. 檢查結過異常，建議不適宜從事_____作業。(請說明原因)。
4. 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：)
5. 其他

醫師簽章 Doctor's signature: _____ 證書字號 Identification number: _____

健檢機構名稱 Name of the medical institution for the health exam:

請務必加蓋機關印章，否則視同無效。Not valid if without the institution's seal.

備註：

- 1.各系統或部位身體檢查，健檢醫師應依各別員工之實際狀況，作詳細檢查。
- 2 先天性辨色力異常者，定期健康檢查時不需檢測。
- 3 辦理口腔癌、大腸癌、女性子宮頸癌及女性乳癌之篩檢者，得經員工同意執行，其檢查結果不列健康檢查紀錄表，認可醫療機構應依中央衛生福利主管機關規定之篩檢對象、時程、資料申報、經費及其他規定事項辦理檢查與申報資料，篩檢經費由國民健康署支付。

過勞量表 Copenhagen Burnout Inventory 與心力量表 Mental Health Inventory

一、個人疲勞 Personal Burnout during the past three months (請打 V，近三個月內的狀況)	從未或幾乎從未 (Never)	不常 (Seldom) (每週 1 天以下)	有時候 (Sometimes) (1~2 天/週)	常常 (Often) (3~4 天/週)	總是 (Always) (5~7 天/週)
1. 你常覺得疲勞嗎? How often do you feel tired?					
2. 你常覺得身體上體力透支嗎? How often are you physically exhausted?					
3. 你常覺得情緒上心力交瘁嗎? How often are you emotionally exhausted?					
4. 你常會覺得，「我快要撐不下去了」嗎? How often do you think: "I can't take it anymore?"					
5. 你常覺得精疲力竭嗎? How often do you feel worn out?					
6. 你常常覺得虛弱，好像快要生病了嗎? How often do you feel weak and susceptible to illness					
二、工作疲勞 Work-related Burnout Inventory during the past three months (請打 V，近三個月內的狀況)	從未或幾乎從未 (Never)	不常 (Seldom) (每週 1 天以下)	有時候 (Sometimes) (1~2 天/週)	常常 (Often) (3~4 天/週)	總是 (Always) (5~7 天/週)
1. 你的工作會令人情緒上心力交瘁嗎? Is your work emotionally exhausting?					
2. 你的工作會讓你覺得快要累垮了嗎? Do you feel burnt out because of your work?					
3. 你的工作會讓你覺得挫折嗎? Does your work frustrate you?					
4. 工作一整天之後，你覺得精疲力竭嗎? Do you feel worn out at the end of the working day?					

5. 上班之前只要想到又要工作一整天，你就覺得沒力嗎？ Are you exhausted in the morning at the thought of another day at work ?					
6. 上班時你會覺得每一刻都很難熬嗎？ Do you feel that every working hour is tiring for you ?					
7. 不工作的時候，你有足夠的精力陪朋友或家人嗎？(反向題) Do you have enough energy for family and friends during leisure time? (inverse scoring)					
三、心理健康量表 Mental Health Inventory during the past three months (請打 V，近三個月內的狀況)	從未或極少 (Never or Seldom) (每週 1 天以下)	有時候 (Sometimes) (1~2 天/週))	常常 (Often) (3~4 天/週)	總是 (Always) (5~7 天/週)	
1. 我常常覺得想哭 I feel cry					
2. 我覺得心情不好 I felt sad or depressed					
3. 我覺得比以前容易發脾氣 Now I feel easier to throw a tantrum than before					
4. 我睡不好 I had difficulty sleeping					
6. 我覺得不想吃東西 My appetite was poor and I didn't feel like eating					
7. 我覺得胸口悶悶的 I feel chest discomfortable					
8. 我覺得不輕鬆、不舒服 I feel not relax and uncomfortable					
9. 我覺得身體疲勞虛弱無力 I feel exhausted and weak physically					
10. 我覺得很煩 I feel annoyed.					
11. 我覺得記憶力不好 I got a poor memory					
12. 我覺得做事時無法專心 I had problems concentrating					
13. 我覺得想事情或做事時比平常要緩慢 I feel I get slower pace while thinking or doing anything than usual.					
14. 我覺得比以前沒信心 Not I feel I am not as confident as I was.					

15. 我覺得比較會往壞處想 Subconsciously I think negatively.				
16. 我覺得想不開，甚至想死 I used to think negative even want to commit suicide.				
16. 我覺得對什麼事都失去興趣 I was not interested in mu usual activity				
17. 我覺得身體不舒服 I feel physical discomfort.				
18. 我覺得自己很沒用 I thought I was a failure				

NMQ自覺式肌肉骨骼症狀調查表 MUSCLE BONE SYMPTOM QUESTIONNAIRE

1. 您的慣用手 HAND USE, 左手 Left hand 右手 Right hand
2. 您在過去的1年內, 身體是否有長達一個月以上的疲勞、酸痛、發麻、刺痛等不舒服, 或關節活動受到限制? For the past one year, are there any Physical Fatigue for the past 2 weeks. Pain, Numbness, irritation or any other discomfort or any joint activity suffered? (不論工傷) 否 是 (若否, 結束此調查表; 若是, 請繼續填寫下列表格。) (If None, End of Questionnaire, If Yes, if so, please continue to fill the following Form)
3. 下表的身體部位酸痛、不適或影響關節活動之情形持續多久時間?
Sore Body parts in the table below, Does not apply to or affect the case of joint activities for period of time?
1個月 One Month 3個月 Three Months 6個月 Six Months 1年 One Year 3年 Three Years
3年以上 Three Years & above
4. 症狀調查 Symptoms Survey

不痛 Doesn't hurt							極度劇痛 very painful						
0	1	2	3	4	5								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck 頸	上背 Upper Back	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Left Shoulder 左肩	右肩 Right Shoulder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The Left Elbow 左手肘/ Left Forearm 左前臂	右手肘/ Right Elbow 右前臂 Right Forearm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Left Hand 左手/ Left Wrist 左手腕	下背 Lower Back	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The left hip 左臀/ Left Thigh 左大腿	右手/ Right Hand 右手腕 Right Wrist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Left Knee 左膝	右臀/ The right hip 右大腿 Right Thigh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Left Ankle 左腳踝/ The Left Foot 左腳	右膝 Right Knee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		右腳踝/ Right Ankle 右腳 Right Foot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						背面觀 Rear View		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

其他症狀、病史說明 Other Symptoms、History Description :