

國立臺灣師範大學
在職教職員工一般健康檢查紀錄表

一、基本資料

1. 姓名：_____ 2. 性別：男 女 3. 身分證字號：_____
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. 工作單位：_____ 8. 職稱：_____ 9. 單位聯絡電話：_____

二、作業經歷

1. 過去 1 個月，平均每週工時為：_____ 小時；過去 6 個月，平均每週工時為：_____ 小時

三、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)

- 高血壓 糖尿病 高血脂 心臟病 癌症_____ 白內障 中風 癲癇
- 氣喘 慢性氣管炎、肺氣腫 肺結核 腎臟病 肝病 貧血
- 中耳炎 聽力障礙 甲狀腺疾病 消化性潰瘍、胃炎 逆流性食道炎
- 骨折_____ 手術開刀_____ 其他慢性病_____ 以上皆無

四、目前使用中的藥物

- 高血壓 糖尿病 高血脂 心臟病 癌症 白內障 中風 癲癇
- 氣喘 慢性氣管炎、肺氣腫 肺結核 腎臟病 肝病 貧血
- 中耳炎 聽力障礙 甲狀腺疾病 消化性潰瘍、胃炎 逆流性食道炎
- 其他慢性病 消炎、止痛藥物 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。
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)

- 咳嗽 咳痰 呼吸困難 胸痛 心悸 頭暈 頭痛 耳鳴
- 倦怠 噁心 腹痛 便秘 腹瀉 血便 上背痛 下背痛
- 手腳麻痛 關節疼痛 排尿不適 多尿、頻尿 手腳肌肉無力
- 體重減輕 3 公斤以上 其他症狀 以上皆無

<自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。>

===== 【以下由醫護人員填寫】 =====

檢查日期： _____ 姓名： _____

六、檢查項目：

| | |
|---|---|
| 1. 身高： _____ 公分 | 2. 體重： _____ 公斤，腰圍： _____ 公分 |
| 3. 血壓 _____ / _____ mmHg | 4. 視力(矯正)：左 _____ 右 _____ |
| 5. 聽力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | 辨色力測試： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 |
| 6. 各系統部位理學檢查及問診：： | |
| (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)肌肉骨骼系統(四肢)： | |
| (7)皮膚： | |
| (8)問診(自覺症狀與睡眠概況等)： | |
| 7. 胸部 X 光： | |
| 8. 尿液檢查：尿蛋白 _____ 尿潛血 _____ | 9. 血液檢查：血色素 _____ 白血球 _____. |
| 10. 生化血液檢查：血糖 (AC Sugar) _____ 血清丙胺酸轉胺酶(ALT) _____ 肌酸酐 (creatinine) _____ 膽固醇(TC) _____ 三酸甘油脂(TG) _____ 高密度脂蛋白膽固醇(HDL) _____ 低密度脂蛋白膽固醇(LDL) _____ | |

八、應處理及注意事項 (可複選)：

- 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。
- 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。
- 檢查結過異常，建議不適宜從事 _____ 作業。(請說明原因 _____)。
- 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： _____)
- 其他

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：

健檢機構名稱、電話、地址：

異常工作負荷促發疾病評估檢核表

| 負荷量表 | | | | | |
|--------------------------------------|----------|----|----|----|-----|
| 一、個人疲勞 | | | | | |
| 請依個人感受回應下列問題 | 從未 | 不常 | 有時 | 常常 | 總是 |
| 1. 你常覺得疲勞嗎? | | | | | |
| 2. 你常覺得身體上體力透支嗎? | | | | | |
| 3. 你常覺得情緒上心力交瘁嗎? | | | | | |
| 4. 你常會覺得,「我快要撐不下去了」嗎? | | | | | |
| 5. 你常覺得精疲力竭嗎? | | | | | |
| 6. 你常覺得虛弱,好像快生病了嗎? | | | | | |
| 二、工作疲勞 | | | | | |
| 請依個人感受回應下列問題 | 非常 輕微 | 輕微 | 有些 | 嚴重 | 很嚴重 |
| 1. 你的工作會令人情緒上心力交瘁嗎? | | | | | |
| 2. 你的工作會讓你覺得快要累垮了嗎? | | | | | |
| 3. 你的工作會讓你覺得挫折嗎? | | | | | |
| | 從未 | 不常 | 有時 | 常常 | 總是 |
| 4. 工作一整天之後,你覺得精疲力竭嗎? | | | | | |
| 5. 上班之前只要想到又要工作一整天,你就覺得沒力氣嗎? | | | | | |
| 6. 上班時你會覺得每一刻都很難熬嗎? | | | | | |
| 7. 不工作的時候,你有足夠的精力陪朋友或家人嗎? (反向計分題) | | | | | |

● 平均一個月加班_____小時。

● 工作型態符合者請打√：

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 不規律的工作(對工作排成無法預估,經常變更、事前臨時通知) |
| <input type="checkbox"/> 經常出差的工作 |
| <input type="checkbox"/> 夜間或輪班的工作 |
| <input type="checkbox"/> 伴隨精神緊張的工作 |
| <input type="checkbox"/> 作業環境影響的工作 (異常高/低溫度環境; 噪音超過 80 分貝環境; 時差>5 小時工作環境) |

- 以下由本校健康中心職業安全衛生護理師勾選：

| 項目 | 個人疲勞 | 工作疲勞 | 月平均延長工時時數 | 工作型態 |
|-----|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 低負荷 | <input type="checkbox"/> 小於 50 分 | <input type="checkbox"/> 小於 45 分 | <input type="checkbox"/> 小於 45 小時 | <input type="checkbox"/> 0-1 項 |
| 中負荷 | <input type="checkbox"/> 50-70 分 | <input type="checkbox"/> 40-60 分 | <input type="checkbox"/> 45-80 小時 | <input type="checkbox"/> 2-3 項 |
| 高負荷 | <input type="checkbox"/> 大於 70 分 | <input type="checkbox"/> 大於 60 分 | <input type="checkbox"/> 大於 80 小時 | <input type="checkbox"/> 4 項以上 |

- 健康檢查報告簡述：檢查日期_____年_____月_____日

血壓：_____/_____/_____mmHg 總膽固醇：_____mg/dL 高密度膽固醇：_____mg/dL

三酸甘油脂：_____mg/dL 空腹血糖：_____mg/dL

- Framingham Cardiac Risk Score 10 年心血管評估：_____ %。

低風險 <10%； 中風險 10-20%； 高風險 20-30%； 極高風險 >30%

依本校異常工作促發疾病預防計畫表四、表五評估：

表四 職業促發腦心血管疾病之風險等級表

| 職業促發腦心血管疾病 風險等級 | | | 工作負荷 | | |
|---------------------------|--------|-----|---------|---------|---------|
| | | | 低負荷 (0) | 中負荷 (1) | 高負荷 (2) |
| 10 年內心 管疾病發 病 風險 | <10% | (0) | 0 | 1 | 2 |
| | 10-20% | (1) | 1 | 2 | 3 |
| | >20% | (2) | 2 | 3 | 4 |

註：1. () 代表評分。

2. 0：低度風險；1 或 2：中度風險；3 或 4 高度風險

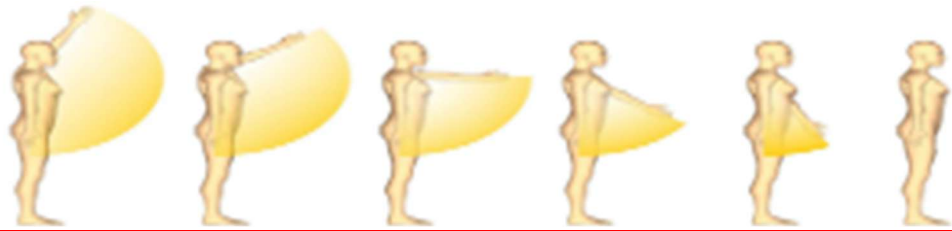
表五 風險分級與面談建議表

| 風險分級 與面談建議 | | 腦、心血管疾病風險 | | |
|------------------------|---|-----------|------|------|
| | | 低 | 中 | 高 |
| 工作 負 荷 風 險 | 低 | 不需面談 | 不需面談 | 建議面談 |
| | 中 | 不需面談 | 建議面談 | 需要面談 |
| | 高 | 建議面談 | 需要面談 | 需要面談 |

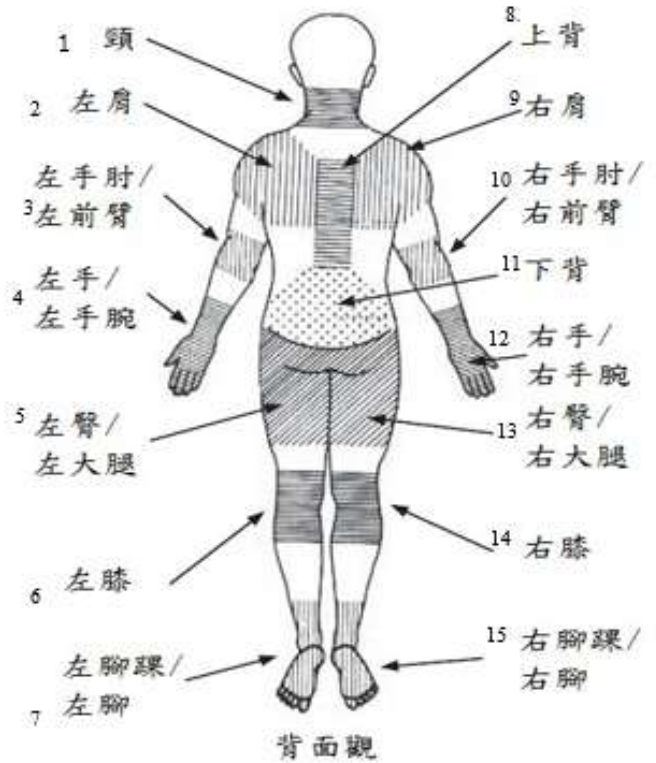
肌肉骨骼症狀調查表

- 您在過去的 1 年內，身體是否有長達 2 星期以上的疲勞、酸痛、發麻及刺痛等不舒服，或關節活動受到限制？ 否(結束問答) 是(續完成下列問題)
- 慣用手： 左手 右手 雙手交互使用
- 身體部位酸痛、不適或影響關節活動之情形持續多久時間？
 1 個月 3 個月 6 個月 1 年 3 年 3 年以上
- 請依據下圖，評估身體各部位分數：

可靈活活動 0 1 2 3 4 5 完全無法活動



| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 頸 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 左肩 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 左手肘/左前臂 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 左手/左手腕 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 左臀/左大腿 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 左膝 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 左腳踝/左腳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 上背 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 右肩 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 右手肘/右前臂 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 右手/右手腕 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 右臀/右大腿 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 右膝 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 右腳踝/右腳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



目前已從事之相關治療、復健： _____