

收文編號	收 文 日 期
1549	-111-6-2

勞動部 函

地址：24219新北市新莊區中平路439號南棟11樓

承辦人：陳素鳳

電話：(02)89956666分機8125

電子信箱：ae4631@osha.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年6月2日

發文字號：勞職授字第11102011842號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (02011842A0C_ATTCH4. pdf)

主旨：「勞工健康保護規則第16條附表10所定特殊體格(健康)檢查之記錄格式」，本部業於中華民國111年6月2日以勞職授字第1110201184號公告，檢送公告1份，請查照並轉知所屬。

正本：衛生福利部、教育部、交通部、經濟部、國防部、行政院環境保護署、行政院農業委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、宜蘭縣政府、花蓮縣政府、南投縣政府、屏東縣政府、苗栗縣政府、桃園市政府、高雄市政府、雲林縣政府、新竹市政府、新竹縣政府、嘉義市政府、嘉義縣政府、彰化縣政府、金門縣政府、連江縣政府、臺中市政府、臺北市政府、新北市政府、臺東縣政府、臺南市政府、澎湖縣政府、基隆市政府、臺北市勞動檢查處、新北市政府勞動檢查處、桃園市政府勞動檢查處、臺中市勞動檢查處、臺南市職安健康處、高雄市政府勞工局勞動檢查處、科技部新竹科學工業園區管理局、科技部中部科學工業園區管理局、科技部南部科學工業園區管理局、經濟部加工出口區管理處、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國環境職業醫學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華職業醫學會、台灣醫學會、台灣職業健康護理學會、台灣職業衛生護理學會、台灣職業衛生護理暨教育學會、台灣護理學會、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、中華民國全國總工會、全國產業總工會、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院、衛生福利部基隆醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心分院、臺北醫學大學附設醫院、康寧醫療財團法人康寧醫院、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院、宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院、博仁綜合醫院、三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處、三軍總醫院附設民眾診療服務處、國立臺灣大學醫學院附設醫院、中山醫療社團法人中山醫院、新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院、西園醫療社團法人西園醫院、國泰醫療財團法人國泰綜合醫院、臺北市立萬芳醫院一委託財團法人臺北醫學大學辦理、臺北市立聯合醫院、臺北榮民總醫院、振興醫療財團法人振興醫院、天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院、醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院、新北市立聯合醫院、新泰綜合醫院、輔仁大學學校財

團法人輔仁大學附設醫院、衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)、天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院、衛生福利部臺北醫院、衛生福利部樂生療養院、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院、中壢長榮醫院、沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、天成醫療社團法人天晟醫院、聯新國際醫院、天成醫院、怡仁綜合醫院、國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處、敏盛綜合醫院、臺北榮民總醫院桃園分院、衛生福利部桃園醫院、中國醫藥大學新竹附設醫院、天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院、東元醫療社團法人東元綜合醫院、臺北榮民總醫院新竹分院、國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院、南門綜合醫院、國軍桃園總醫院新竹分院附設民眾診療服務處、國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院、衛生福利部苗栗醫院、大千綜合醫院、為恭醫療財團法人為恭紀念醫院、林新醫療社團法人烏日林新醫院、國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院、李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院、清泉醫院、衛生福利部臺中醫院、佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院、亞洲大學附屬醫院、林新醫療社團法人林新醫院、中山醫學大學附設醫院、中國醫藥大學附設醫院、衛生福利部豐原醫院、臺中榮民總醫院、澄清綜合醫院中港分院、光田醫療社團法人光田綜合醫院、童綜合醫療社團法人童綜合醫院、竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院、臺中榮民總醫院埔里分院、佑民醫療社團法人佑民醫院、埔基醫療財團法人埔里基督教醫院、衛生福利部南投醫院、秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院、員榮醫療社團法人員榮醫院、彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、彰化基督教醫療財團法人漢銘基督教醫院、彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院、衛生福利部彰化醫院、秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院、彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院、天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院、中國醫藥大學北港附設醫院、彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院、國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、慶昇醫療社團法人慶昇醫院、衛生福利部嘉義醫院、天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院、陽明醫院、臺中榮民總醫院嘉義分院、國立成功大學醫學院附設醫院、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院、臺南市立安南醫院—委託中國醫藥大學興建經營、衛生福利部新營醫院、衛生福利部臺南醫院、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院、高雄榮民總醫院臺南分院、郭綜合醫院、天主教聖功醫療財團法人聖功醫院、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、建佑醫院、健仁醫院、右昌聯合醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院、國軍高雄總醫院左營分院附設民眾診療服務處、義大醫療財團法人義大醫院、國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處、高雄市立民生醫院、高雄市立聯合醫院、衛生福利部旗山醫院、阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院、高雄市立大同醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)、高雄市立小港醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)、高雄榮民總醫院、國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處、屏基醫療財團法人屏東基督教醫院、輔英科技大學附設醫院、國仁醫院、高雄榮民總醫院屏東分院、衛生福利部屏東醫院、枋寮醫療社團法人枋寮醫院、寶建醫療社團法人寶建醫院、安泰醫療社團法人安泰醫院、國立陽明交



裝



訂

線



通大學附設醫院、天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院、臺北榮民總醫院員山分院、臺北榮民總醫院蘇澳分院、醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院、衛生福利部花蓮醫院、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院、臺北榮民總醫院玉里分院、國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院、衛生福利部臺東醫院、東基醫療財團法人台東基督教醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院、臺北榮民總醫院臺東分院、三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處、衛生福利部澎湖醫院、衛生福利部金門醫院、財團法人天主教靈醫會天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院、臺北市立聯合醫院忠孝院區、臺北市立聯合醫院中興院區、臺北市立聯合醫院陽明院區、臺北市立聯合醫院仁愛院區、臺北市立聯合醫院和平婦幼院區

副本：勞動部勞工保險局(含附件)、勞動部勞動及職業安全衛生研究所(含附件)、勞動部職業安全衛生署北區職業安全衛生中心(含附件)、勞動部職業安全衛生署中區職業安全衛生中心(含附件)、勞動部職業安全衛生署南區職業安全衛生中心(含附件)、勞動部職業安全衛生署職業衛生健康組(含附件)

電 2022/06/02 文
交 10:05:19 章

裝

訂

線

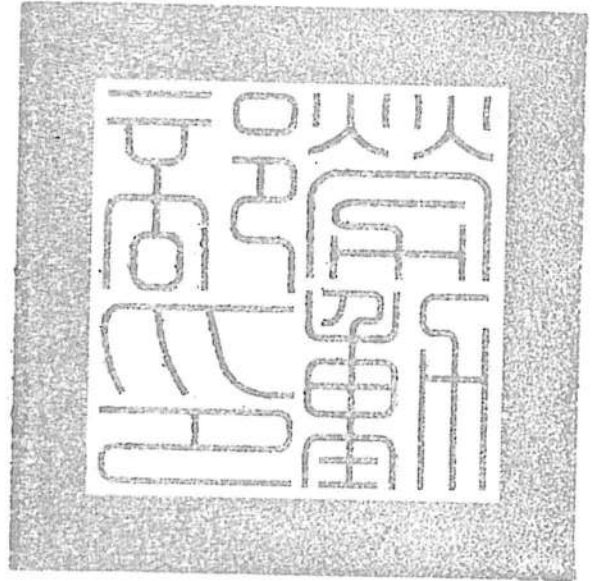


檔 號：

保存年限：

勞動部 公告

發文日期：中華民國111年6月2日
發文字號：勞職授字第1110201184號
附件：如文



主旨：公告勞工健康保護規則第16條附表10所定特殊體格（健康）檢查之格式，並自即日生效。

依據：勞工健康保護規則(以下簡稱本規則)第19條。

公告事項：

- 一、依本規則第16條第1項及第18條第1項規定略以，雇主僱用勞工時，應按其作業類別實施特殊體格檢查；每年或於變更勞工作業時，應實施特殊健康檢查；檢查項目，應依本規則第16條附表10規定辦理。
- 二、旨揭特殊體格（健康）檢查結果，雇主應依附件格式記錄，檢查紀錄至少保存10年；相關電子檔請逕至勞動部職業安全衛生署網站（<https://www.osha.gov.tw>）職業衛生/勞工體格及健康檢查區下載。
- 三、本部107年10月9日勞職授字第1070200301號公告，自即日停止適用。

部長 許銘春

特殊體格(健康)檢查之格式 目錄

特殊體格(健康)檢查記錄格式填寫說明及注意事項	1
編號 1 高溫作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	2
編號 2 噪音作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	5
編號 3 游離輻射作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	8
編號 4 異常氣壓作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	11
編號 5 鉛作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	14
編號 6 四烷基鉛作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	17
編號 7 1, 1, 2, 2-四氯乙烷作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	20
編號 8 四氯化碳作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	23
編號 9 二硫化碳作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	26
編號 10 三氯乙烯、四氯乙烯作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	29
編號 11 二甲基甲醯胺作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	32
編號 12 正己烷作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	35
編號 13 聯苯胺及其鹽類、4-胺基聯苯及其鹽類、4-硝基聯苯及其鹽類、 β -萘胺及其鹽類、二氯聯苯胺及其鹽類、 α -萘胺及其鹽類作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	38
編號 14 鉍及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	41
編號 15 氯乙烯作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	44
編號 16 苯作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	47
編號 17 2, 4-二異氰酸甲苯或 2, 6-二異氰酸甲苯、4, 4-二異氰酸二苯甲烷、二異氰酸異佛爾酮作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	50
編號 18 石棉作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	53
編號 19 砷及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	56
編號 20 錳及其化合物(一氧化錳及三氧化錳除外)作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	59
編號 21 黃磷作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	62
編號 22 聯吡啶或巴拉刈作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	65
編號 23 粉塵作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	67
編號 24 鉻酸及其鹽類或重鉻酸及其鹽類作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	72
編號 25 鎘及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	75
編號 26 鎳及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	78
編號 27 乙基汞化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	81
編號 28 溴丙烷作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	84
編號 29 1, 3-丁二烯作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	87
編號 30 甲醛作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	90
編號 31 銻及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	93
編號 32 汞及其無機化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄	95

特殊體格(健康)檢查記錄格式填寫說明及注意事項

一、事業單位或勞工填寫資料之注意事項如下：

請事業單位於勞工受檢前，就其填妥個人基本資料、作業經歷、檢查時期、既往病史、生活習慣、自覺症狀及作業環境監測資料，其中基本資料之事業單位名稱、地址及作業環境監測資料，並請事業單位協助填寫；若以上資料事業單位已提供電子檔給醫療機構，可不必請受檢勞工重複填寫，相關填寫注意事項重點如下：

- (一) 基本資料：事業單位名稱請填寫全銜，若有多廠者，需加註廠別及地址。
- (二) 作業經歷：目前從事內容，請填寫職稱及具體從事作業之內容。
- (三) 既往病史：請勞工勾選過去或現在所罹患疾病，若有未明列之疾病，請勞工填寫於其他之空白欄位。
- (四) 自覺症狀：請勞工勾選近三個月實際感受身體不適之症狀，若有未明列之症狀，請勞工填寫於其他之空白欄位。
- (五) 作業環境監測資料：事業單位依勞工作業環境監測實施辦法或游離輻射防護法應實施作業環境或個人劑量監測者，方需填寫作業環境監測資料，請依實際狀況確實填寫，及載明勞動部職業安全衛生署「勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統」之事業單位編號，共計12碼數字，並應依勞工健康保護規則規定，將最近一次之作業環境監測紀錄提供予檢查之醫療機構，俾利醫師瞭解暴露情形及評估健康管理分級。

二、醫療機構就檢查結果，應填寫之注意事項如下：

- (一) 健康管理分級屬於第二級管理以上者，應於應處理及注意事項註明其不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項；屬於第三級管理或第四級管理者，應註明臨床診斷；第三級管理者，應註明請職業醫學科專科醫師實施健康追蹤檢查，必要時應實施疑似工作相關疾病之現場評估，且應依評估結果重新分級；屬於第四級管理者，經職業醫學科專科醫師評估現場仍有工作危害因子之暴露者，應請事業單位採取危害控制及相關管理措施。
- (二) 健康管理級數之說明：
 - 1、第一級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，全部項目正常，或部分項目異常，而經醫師綜合判定為無異常者。
 - 2、第二級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，而與工作無關者。
 - 3、第三級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，而無法確定此異常與工作之相關性，應進一步請職業醫學科專科醫師評估者。
 - 4、第四級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，且與工作有關者。
- (三) 身體檢查與健康管理分級之醫師不同時，請填寫實際執行醫師之姓名及證書字號。

編號 1 高溫作業 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. 從事高溫作業平均每日工時_____小時
4. 是否接受熱適應訓練 是，共__日 否

- 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. 心臟血管：高血壓 缺血性心臟病 心絞痛 心肌梗塞 無
2. 呼吸系統：氣喘 無
3. 內分泌：糖尿病 甲狀腺功能亢進 無
4. 腎臟泌尿：腎功能異常 腎結石 無
5. 生殖系統：不孕 無
6. 皮膚系統：皮膚紅疹 大面積燒燙傷 無汗症 無
7. 免疫性疾病：嚴重的細菌性或病毒性感染症 _____ 無
8. 長期服用藥物：利尿劑 降血壓藥物 鎮定劑 抗癲癇劑
抗血液凝固劑 抗膽鹼激素劑 抗精神病藥
甲狀腺素 減肥藥 興奮劑 其他_____ 無
9. 熱傷害：熱痙攣 熱暈厥 熱衰竭 中暑 橫紋肌溶解 無
10. 其他_____ 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. 請問您過去一個月內是否有運動超過 30 分鐘的習慣？

從未運動 每週未達3天 每週3天以上

六、自覺症狀 您最近三個月或工作時是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾)

1. 心臟血管：運動時胸悶、胸痛
2. 呼吸系統：呼吸困難
3. 內分泌系統：口乾 多尿 體重下降 心悸 手部顫抖 其他_____
4. 泌尿系統：水腫 血尿 寡尿或無尿
5. 皮膚系統：皮膚紅疹 排汗異常
6. 其他_____
7. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有 (請回答下一題) 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有 (請回答下一題) 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)心臟血管
 - (2)呼吸系統
 - (3)神經系統
 - (4)肌肉骨骼
 - (5)皮膚系統
3. 心電圖：_____
4. 肺功能檢查 (包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)：
5. 生化血液檢查：飯前血糖(sugar AC)_____ 血中尿素氮(BUN)_____
肌酸酐(creatinine)_____ 鈉_____ 鉀_____ 氯_____
6. 血液檢查：血色素_____
7. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____

九、健康追蹤檢查

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

(5) _____

十、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）_____

十一、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：

編號 2 噪音作業 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. (1)平均每週工作日數6 5.5 5 4.5 4 其他__日
(2)平均每日工作總時數12 10 8 6 4 其他__小時
(3)平均每日從事噪音作業時數約12 10 8 6 4 其他__小時
4. 您於本次聽力檢查前 14 小時內曾於噪音環境嗎？有 無
- 5.1 你曾從事過以下工作嗎？
紡織 開礦 造船 重工業 築路 砲兵、射擊隊、航空地勤
必須大聲呼叫才能超過噪音量的其他工作 以上皆無
- 5.2 如果從事上面的任何工作：
(1)現場環境有聽力保護設備嗎？ 有 無
(2)個人有戴上聽力防護用具嗎？ 有 無
(3)若有，為何種類型？(多選題) 耳罩 耳塞 其他__
(4)工作佩戴時間？全時間佩戴 一半時間佩戴 都不戴

- 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

- 請勾選
1. 您過去是否曾因聽力問題複檢或就醫？ 有 無
2. 您是否曾經遭遇：
- (1) 暴露於巨大的聲音？如爆炸狀況 有 無
- (2) 經常性暴露於實際的槍響？ 有 無
- (3) 暴露於經常性的大聲音樂？ 有 無
3. 你曾有過以下情況嗎？
- (1) 動過耳朵手術、耳部外傷或鼓膜穿孔 有 無
- (2) 耳部感染 有 無
- 上述問題若有，請填寫
左耳 右耳
不確定 雙耳

- (3) 遺傳性聽力障礙的家族疾病 有 無
- (4) 結核病 有 無
- (5) 使用阿斯匹靈、鏈黴素、或其他可能影響聽力之藥物 有 無
- (6) 腦膜炎、腦震盪或昏迷 有 無

五、生活習慣

1. 你有以下嗜好嗎？

- 去迪斯可舞廳、卡拉 OK 或流行音樂會 賽車（競賽或看）
- 在銅管樂隊、管弦樂隊或流行樂隊演出 經常使用電動手工具，如電鋸、電鑽等
- 用機械進行庭園維護 射擊 戴隨身聽或類似的設備聽音樂
- 以上皆無

2. 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

3. 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

4. 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（體格檢查請填寫題號 1；定期健康檢查請填寫題號 2~4）

1. 您是否有下列症狀？

- (1) 聽力困難 有 無
- (2) 耳鳴 有 無
- (3) 眩暈 有 無

如果有，您知道是什麼原因造成的嗎？

請詳細描述_____

2. 上次你的聽力檢查後，你的聽力（自覺）是：沒改變 好轉 更差

七、作業環境監測資料

1. 職場有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

- 有（請回答下一題） 無

2. 作業環境監測結果是否已通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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. 聽力檢查：

(測試頻率至少為五百、一千、二千、三千、四千、六千、八千赫之純音，並建立聽力圖及註明施測時各音頻之背景噪音測定值)

3. 各系統或部位身體檢查：

(1)耳道

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期___年___月___日

2. 檢查項目

(1)_____

(2)_____

(3)_____

(4)_____

(5)_____

十、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) _____

十一、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：

編號 3 游離輻射作業 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. 從事游離輻射作業平均每日工時為_____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. 內分泌：甲狀腺結節、腫瘤 甲狀腺功能異常(亢進或低下) 無
2. 血液疾病：白血球低下 缺鐵性貧血 海洋性貧血 再生不良性貧血
血小板低下 無
3. 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
4. 其他：生殖系統疾病(不孕、女性月經異常) 眼疾(白內障) 皮膚病
高血壓 糖尿病 慢性腎臟病 心臟病 呼吸疾病 腸胃疾病
惡性腫瘤 其他_____ 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. 內分泌系統：體重增加或減輕3公斤以上 心悸 便秘或腹瀉
2. 血液系統：發燒 倦怠 頭暈 盜汗 自發性皮下出血或瘀青
3. 呼吸系統：咳嗽 胸痛 呼吸困難
4. 其他：視力模糊 噁心 嘔吐 腹部疼痛 皮膚紅斑、發炎或潰瘍
女性月經異常 牙齦腫脹 其他_____

5. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依游離輻射防護法實施作業環境或個別劑量監測？ 有 無

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)頭、頸部【眼睛(含白內障)、甲狀腺結節、腫瘤、淋巴結】
 - (2)心臟
 - (3)肺臟
 - (4)神經系統
 - (5)消化系統
 - (6)泌尿系統
 - (7)骨骼、關節、肌肉
 - (8)皮膚
3. 心智及精神狀況
4. 胸部 X 光：_____
5. 肺功能檢查(包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0}))
6. 甲狀腺功能檢查：free T4_____、TSH_____
7. 生化血液檢查：血清丙胺酸轉胺酶(ALT)_____ 肌酸酐(creatinine)_____
8. 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_____ 血小板數_____
9. 尿液檢查：尿糖_____ 尿蛋白_____ 尿潛血_____ 尿沉渣鏡檢(細胞學診斷)_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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) _____

十一、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：

備註：

肺功能檢查為新進勞工之特殊體格或變更作業之檢查項目，在職勞工之特殊健康檢查，無須檢測此項目；但於核能電廠或廢料貯存場作業，仍需進行本項檢測。

編號 4 異常氣壓作業 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. 從事異常氣壓作業平均每日工時_____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. 心臟血管：高血壓 心臟病 開放性卵圓孔 心房中膈缺損 無
2. 神經精神：偏頭痛 中風 癲癇 精神疾病 無
3. 呼吸系統：自發性氣胸 活動性氣喘 慢性阻塞性肺病 無
4. 耳鼻喉系統：聽力受損 耳膜破損 反覆性眩暈 梅尼爾氏症 無
5. 手術：開胸手術 耳部手術 肱骨、脛骨或股骨骨折，其他骨折_____
- 無
6. 長期服用藥物：類固醇藥物 酒癮 毒癮 其他_____ 無
7. 其他：胰臟炎 糖尿病 _____ 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 胸悶
2. 神經系統：倦怠 頭痛 頭暈 記憶力變差 耳鳴 手腳麻痛
手腳肌肉無力 步態異常

3. 呼吸系統：咳嗽 胸痛 呼吸困難
 4. 肌肉關節：肌肉酸痛 關節痛
 5. 皮膚系統：皮膚搔癢 皮膚紅疹
 6. 其他_____

7. 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)耳道
 - (2)心臟血管
 - (3)呼吸系統
 - (4)神經系統
 - (5)骨骼、關節
 - (6)皮膚
 - (7)精神狀態
3. 胸部 X 光：_____
4. 肺功能檢查（包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)
5. 40 歲以上或懷疑有心臟疾病者：心電圖_____
6. 抗壓力檢查
7. 耐氧試驗
8. 從事異常氣壓作業經驗達 5 年，且肩、髖關節有問題者：關節部之長骨 X 光檢查

八、健康追蹤檢查

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

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：

備註：

1. 抗壓力檢查、耐氧試驗為新進勞工之特殊體格或變更作業之檢查項目，在職勞工之特殊健康檢查無須檢測。
2. 關節 X 光檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業之無須檢測。

編號 5 鉛作業 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. 從事鉛作業平均每日工時_____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. 心臟血管：缺血性心臟病 心絞痛 心肌梗塞 心律不整 貧血
高血壓 無
2. 神經系統：手部運動神經病變 腳踝以下運動神經病變
自主神經失調 認知功能異常 聽力障礙 視力障礙 無
3. 消化系統：逆流性食道炎 消化性潰瘍、胃炎 間歇性腹痛 無
4. 生殖系統：男不孕 性功能障礙 無
女不孕 流產 早產 胎兒神經系統或發育問題 無
5. 其他：糖尿病 腎臟疾病 _____ 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：運動時胸悶、胸痛 頭暈(尤其是久站或坐、蹲姿勢改為站立時)
輕度活動仍容易喘 心悸
2. 神經系統：手腕以下肌肉無力，扣鈕釦感覺吃力
腳踝以下肌肉無力，穿拖鞋容易掉落

- 四肢末梢疼痛或麻症狀
- 言語、記憶、注意力和執行力功能下降
- 視力問題，在昏暗處看不清楚、視力模糊
- 聽力異常

3. 泌尿系統：尿量減少 水腫
4. 消化系統：腹痛 便秘 腹瀉 噁心 嘔吐 食慾不振
5. 生殖系統：男性功能障礙 女經期不規則
6. 其 他_____
7. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)齒齦鉛線
 - (2)血液系統（貧血）
 - (3)消化系統
 - (4)神經系統
 - (5)腎臟系統
3. 血中鉛檢查_____
4. 血液檢查：紅血球數_____ 血色素_____ 血球比容值_____
5. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

編號 6 四烷基鉛作業 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. 從事四烷基鉛作業平均每日工時為_____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. 心臟血管：缺血性心臟病 中風 高血壓 無
2. 神經精神：精神疾病 腦病變(中樞神經疾病) 周圍神經病變無
3. 其 他：糖尿病 腎臟疾病 貧血 痛風 生殖疾病
_____ 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 胸痛
2. 神經精神：頭痛 記憶力變差 失眠 情緒不穩 感覺異常 手腳肌肉無力
注意力不集中
3. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
4. 其 他：倦怠 食慾不振 噁心 嘔吐 腹痛 水腫 _____
5. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

有（請回答下一題） 無

2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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) 心臟血管

(2) 神經系統

(3) 皮膚

(4) 精神狀態

3. 尿液檢查：尿蛋白____ 尿潛血____

4. 尿中鉛檢查：_____

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期____年____月____日

2. 檢查項目

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

十、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）_____

十一、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：

備註：

尿中鉛檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業者無須檢測。

編號 7 1, 1, 2, 2-四氯乙烷作業 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 1, 1, 2, 2-四氯乙烷作業平均每日工時為_____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：中樞神經病變 周邊神經病變 其他_____ 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
其他_____ 無
3. 皮膚系統：皮膚炎 化學性灼傷 其他_____ 無
4. 其他：高血壓 心臟病 糖尿病 高血脂 腎臟疾病 呼吸系統疾病
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. 神經系統：頭暈 頭痛 記憶力變差 顫抖 手腳肌肉無力、酸麻
倦怠
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、嘔吐 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、喉嚨刺激感 胸悶 咳嗽 呼吸困難 _____
6. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)肝臟系統
 - (3)腎臟系統
 - (4)皮膚
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. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

編號 8 四氯化碳作業 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. 從事四氯化碳作業平均每日工時為_____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：中樞神經病變 周邊神經病變 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. 腎臟疾病：腎炎 慢性腎臟病 無
4. 皮膚系統：刺激性皮膚炎 過敏性皮膚炎 化學性灼傷 無
5. 其他：高血壓 心臟病 糖尿病 呼吸系統疾病 其他_____
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. 神經系統：頭暈 頭痛 嗜睡 注意力衰退 記憶衰退
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：皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
5. 呼吸系統：胸悶 咳嗽 呼吸困難

6. 其他：眼睛、喉嚨刺激感 _____

7. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

有（請回答下一題） 無

2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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. 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)_____

3. 尿液檢查：尿蛋白____ 尿潛血____

4. 各系統或部位身體檢查：

(1)腎臟系統

(2)肝臟系統

(3)皮膚

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期____年____月____日

2. 檢查項目

(1)_____

(2)_____

(3)_____

(4)_____

(5)_____

十、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）_____

十一、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：

編號 9 二硫化碳作業 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. 從事二硫化碳作業平均每日工時_____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. 心臟血管：高血壓 心臟病 中風 無
2. 神經系統：巴金森氏症 腦病變(中樞神經疾病) 周圍神經病變 無
3. 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
4. 眼睛：視網膜出血 眼中風 青光眼 視神經炎 無
5. 皮膚系統：刺激性皮膚炎 過敏性皮膚炎 化學性灼傷 無
6. 其他：糖尿病 腎臟疾病 不孕症 _____ 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：胸悶 胸痛 心悸 呼吸困難
2. 神經系統：頭暈 頭痛 失眠 嗜睡 注意力衰退 記憶衰退 易怒
顫抖 手腳肌肉無力 手腳麻痛 步態異常 平衡感異常
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. 眼睛：視力模糊 畏光 視野縮小 色彩感覺異常
5. 其他：呼吸黏膜刺激感 皮膚紅、腫或癢 聽力異常 月經異常 _____

6. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)心臟血管
 - (3)肝臟
 - (4)腎臟
 - (5)皮膚
 - (6)眼睛
3. 心電圖_____
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. 尿液檢查：尿蛋白____ 尿潛血_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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。

編號 10 三氯乙烯、四氯乙烯作業 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. 從事三氯乙烯、四氯乙烯作業平均每日工時_____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：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 肝癌
無
3. 皮膚系統：刺激性皮膚炎 過敏性皮膚炎 化學性灼傷 無
4. 其他：高血壓 心臟病 糖尿病 腎臟疾病 呼吸系統疾病 _____
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. 神經系統：頭暈 頭痛 記憶力變差 手腳肌肉無力、酸麻 顏面神經異常
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、發癢
5. 其他：眼睛、喉嚨刺激感 胸悶 咳嗽 呼吸困難 _____
6. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)心臟
 - (3)肝臟
 - (4)腎臟
 - (5)皮膚
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. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

編號 11 二甲基甲醯胺作業 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. 從事二甲基甲醯胺作業平均每日工時為_____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：周邊神經病變 _____ 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 _____ 無
4. 其他：高血壓 心血管疾病 糖尿病 腎臟疾病 呼吸系統疾病
貧血 _____ 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. 神經系統：頭暈 頭痛 記憶力變差 手腳肌肉無力、酸麻 顏面神經異常
睡眠障礙
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 腹瀉 便秘 體重減輕3公斤以上

4. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、發疹、乾燥、刺痛、脫皮、龜裂
5. 其他：眼睛、喉嚨刺激感 胸悶、胸痛、心悸 咳嗽 呼吸困難 _____
6. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)心臟血管
(2)肝臟
(3)腎臟
(4)皮膚
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)_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

編號 12 正己烷作業 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. 從事正己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：周圍神經病變 中樞神經功能障礙 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 無
4. 其他：腎臟疾病 呼吸系統疾病 糖尿病 甲狀腺疾病 _____
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. 神經系統：頭暈 頭痛 記憶力變差 嗜睡 手腳肌肉無力或萎縮 手腳末端
感覺麻木或感覺消失 顏面神經異常
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、喉嚨刺激感 胸悶 咳嗽 呼吸困難 _____

6. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)皮膚

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

編號 13 聯苯胺及其鹽類、4-胺基聯苯及其鹽類、4-硝基聯苯及其鹽類、 β -萘胺及其鹽類、二氯聯苯胺及其鹽類、 α -萘胺及其鹽類作業 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. 從事聯苯胺及其鹽類、4-胺基聯苯及其鹽類、4-硝基聯苯及其鹽類、 β -萘胺及其鹽類、二氯聯苯胺及其鹽類、 α -萘胺及其鹽類作業作業平均每日工時_____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. 腎臟：腎臟疾病 泌尿道結石 無
2. 癌症：泌尿道癌症(膀胱癌、輸尿管癌、腎臟癌) 其他癌症_____ 無
3. 長期服用藥物_____ 無
4. 其他：高血壓 糖尿病 過敏性皮膚炎 肝病 其他_____ 無
5. 家族膀胱癌病史：有 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. 泌尿系統：排尿不適 多尿、頻尿 血尿 背痛
2. 皮膚系統：暴露部位皮膚癢、紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
3. 其他：頭暈 頭痛 眼睛刺激感 手腳肌肉無力 呼吸困難
- 體重減輕3公斤以上 _____

4. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)泌尿系統（含腰側擊痛）
(2)皮膚（暴露部位）
3. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____
尿沉渣鏡檢(醫師認有必要時，得實施細胞診斷檢查)_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

編號 14 鉍及其化合物作業 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. 從事鉍及其化合物作業平均每日工時_____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：化學性肺炎 肺水腫 肺部肉芽腫 肺癌 慢性氣管炎、肺氣腫、氣喘 無
2. 肝臟疾病：B型肝炎 C型肝炎 脂肪肝 酒精性肝炎 化學性肝炎
肝功能異常 無
3. 腎臟：慢性腎炎 腎結石 泌尿道結石 無
4. 皮膚系統：接觸性皮膚炎 肉芽腫 無
5. 其他：關節病變 _____ 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. 呼吸系統：胸痛 咳嗽 呼吸困難
2. 泌尿系統：血尿 排尿不適
3. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮 傷口癒合慢 皮膚潰瘍 皮下結節
4. 其他：體重減輕3公斤以上 _____

5. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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（暴露部位）
3. 胸部 X 光：_____
4. 肺功能檢查（包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} / FVC)

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

編號 15 氯乙烯作業 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. 從事氯乙烯作業平均每日工時_____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. 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
自體免疫性肝炎 其他肝臟疾病_____ 無
2. 皮膚系統：皮膚炎 化學性灼傷 無
3. 癌症：肝癌 肺癌 血液系統癌症 無
4. 其他：_____ 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. 神經系統：頭暈 頭痛 記憶力變差 情緒低落
2. 呼吸系統：咳嗽 呼吸困難 呼吸道刺激感
3. 消化系統：食慾不振 噁心 右上腹痛 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. 眼睛：視力模糊 眼睛疼痛 眼睛刺激感
6. 肌肉骨骼系統：手指水腫 末端指節變短 指端硬化 杵狀指
7. 其他：_____

8. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

有（請回答下一題） 無

2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

=====【以下由醫療機構醫護人員填寫】=====

八、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)腎臟

(3)肝臟

(4)脾臟

(5)皮膚（暴露部位）

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)_____

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期____年____月____日

2. 檢查項目

(1)_____

(2)_____

(3)_____

(4)_____

(5)_____

十、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）_____

十一、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：

編號 16 苯作業 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. 從事苯作業平均每日工時_____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. 血液疾病：貧血 白血病、血小板減少 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. 長期服用藥物_____ 無
4. 其他：腎臟疾病 接受化療 _____ 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 您最近三個月或工作時是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾)

1. 血液系統：運動時氣促 傷口不易止血 月經量過多 瘀斑 齒齦出血
骨頭疼痛
2. 神經系統：平衡感降低 頭暈 疲倦
3. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
眼睛或喉嚨乾燥、疼痛或受刺激的症狀
4. 其他_____
5. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)血液系統（脾臟腫大）
 - (2)皮膚
 - (3)黏膜（含口腔、鼻腔）
 - (4)眼睛結膜
3. 血液檢查：紅血球數____ 血色素____ 血球比容值____ 平均紅血球體積____
平均血球血色素____ 平均紅血球血色素濃度____ 白血球數____
血小板數____ 白血球分類____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

備註：

編號 17 2,4-二異氰酸甲苯或 2,6-二異氰酸甲苯、4,4-二異氰酸二苯甲烷、二異氰酸異佛爾酮作業 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 2,4-二異氰酸甲苯或 2,6-二異氰酸甲苯、4,4-二異氰酸二苯甲烷、二異氰酸異佛爾酮作業平均每日工時_____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：氣喘 慢性阻塞性肺病(慢性氣管炎、肺氣腫)
- 過敏性鼻炎 無
2. 皮膚系統：刺激性皮膚炎 過敏性皮膚炎 化學性灼傷 無
3. 其他_____ 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. 呼吸系統：咳嗽 呼吸急促 胸悶 哮喘
2. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮 眼睛刺激感
- 喉嚨刺激感 鼻腔刺激感 眼睛或喉嚨乾燥不舒服
3. 其他：發燒 發冷 疲倦 感覺異常 平衡失常 其他_____
4. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)皮膚
3. 胸部 X 光：_____
4. 肺功能檢查（包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

備註：

胸部 X 光檢查為新進勞工之特殊體格或變更作業者之檢查項目，在職勞工之特殊健康檢查無須檢測。

編號 18 石綿作業 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. 從事石綿作業平均每日工時_____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:肺部腫瘤 間皮瘤 肺部結節 肋膜病變
慢性氣管炎、肺氣腫、氣喘 無
2. 其他_____ 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. 呼吸系統:咳嗽 呼吸困難、喘 胸痛
2. 皮膚系統:暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
3. 其他:體重減輕3公斤以上
4. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測?
有(請回答下一題) 無

2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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（含杵狀指）
(2)皮膚
3. 胸部 X 光：_____
4. 肺功能檢查（包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

編號 19 砷及其化合物作業 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. 從事砷及其化合物作業平均每日工時_____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. 心臟血管：心臟衰竭 缺血性心臟病 貧血 無
2. 呼吸系統：鼻竇炎 氣喘 慢性氣管炎、肺氣腫 肺結核 無
3. 皮膚系統：皮膚過度角化症 過敏性皮膚炎 乾癬 色素沉著 無
4. 癌 症：皮膚癌 其他癌症_____ 無
5. 其 他：高血壓 糖尿病 肝臟疾病 腎臟疾病 烏腳病
_____ 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. 下列生活習慣：染髮習慣 使用染料_____ 飲用深井水
居住北門、學甲、布袋地區

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：疲倦、倦怠 頭暈
2. 呼吸系統：咳嗽 喉嚨疼痛 胸痛 呼吸困難
3. 神經系統：末梢肢體麻木 感覺異常 無力 肌肉痙攣 癲癇發作
4. 皮膚系統：皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮 指甲易碎或出現白色橫向線

色素沉著 脫色斑 手掌、腳底皮膚角化過度

5. 消化系統：噁心 嘔吐 腹絞痛 血便 黃疸

6. 其 他_____

7. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

有（請回答下一題） 無

2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)鼻腔

(2)呼吸系統

(3)神經系統

(4)腸胃系統

(5)皮膚

3. 胸部 X 光：_____

4. 血液檢查：紅血球數_____ 血色素_____ 血球比容值_____ 白血球數_____

5. 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)_____

6. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____ 尿沉渣鏡檢(細胞學檢查)_____

7. 尿中無機砷檢查：(包括三價砷、五價砷、單甲基砷、雙甲基砷及尿液肌酸酐之各項檢驗數值(變更作業者無須檢測單甲基砷及雙甲基砷))

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期___年___月___日

2. 檢查項目

(1)_____

(2)_____

(3)_____

(4)_____

(5)_____

十、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）_____

十一、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：

備註：

尿中無機砷檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業者無須檢測。

編號 20 錳及其化合物(一氧化錳及三氧化錳除外)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. 從事錳及其化合物作業平均每日工時_____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：巴金森症候群 運動神經病變 肌張力不全症 無
2. 精神疾病：思覺失調 情感性精神疾病 產生幻覺 其他精神疾病 無
3. 肝臟疾病：B 或 C 型肝炎 脂肪肝 酒精性肝炎 藥物性肝炎 無
4. 其 他：腎臟疾病 _____ 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. 神經系統：手部顫抖 倦怠 反應慢 嗜睡 精神不集中 步態異常
手腳僵硬 全身無力
2. 精神狀態：情緒不穩 焦躁不安 記憶力變差 產生幻覺
3. 消化系統：食慾不振
4. 生殖系統：性慾降低 性無能
5. 其 他_____
6. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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. 各系統身體檢查：
 - (1)神經系統（含巴金森症候群）
 - (2)呼吸系統
 - (3)精神狀態
3. 胸部 X 光：_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

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. 皮膚系統：刺激性皮膚炎 過敏性皮膚炎 化學性灼傷 無
4. 其 他：疲倦、倦怠 貧血 眼睛疾病_____ 腎臟疾病 _____ 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. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮、潰瘍 傷口癒合慢
6. 其 他：牙痛 下顎痛_____
7. 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(含暴露部位：_____)
 - (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：

編號 22 聯吡啶或巴拉刈作業 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. 從事聯吡啶或巴拉刈作業平均每日工時_____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. 皮膚系統：接觸性皮膚炎 皮膚角化 黑斑 疑似皮膚癌症 無
2. 其他_____ 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. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮 傷口癒合慢
皮膚潰瘍 皮下結節
4. 其他_____
5. 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. 各系統身體檢查：
 - (1)皮膚及指甲

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：

編號 23 粉塵作業 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. 從事粉塵作業平均每日工時_____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. 心臟血管：心臟疾病 無
2. 呼吸系統：肺結核 哮喘 塵肺症 肺癌 其他_____ 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：胸悶 胸痛 心悸亢進(作業時，步行時，安靜時) 貧血
2. 呼吸系統：呼吸困難(1 2 3 4 5註) 咳嗽 咳痰
3. 其 他：杵狀指 末梢性發紺 _____
4. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有(請回答下一題) 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有 (請回答下一題) 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

填表說明

一、自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。

註：呼吸困難 1：係指與相同年齡之健康者同樣能工作、步行、上坡、及上下樓梯者。

呼吸困難 2：係指與相同年齡之健康者同樣能步行但不能上坡及上樓梯者。

呼吸困難 3：係指與相同年齡之健康者在平地不能同樣步行，但以自己步速能步行一公里以上者。

呼吸困難 4：係指繼續步行五十公尺以上即須停頓者。

呼吸困難 5：係指因說話、換衣就有呼吸困難，因此不能走出屋外者。

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)心臟循環系統(脈搏、貧血)

3. 胸部 X 光：

正常

異常，但可初步排除塵肺症

異常，疑似塵肺症，請依下表評估：

肺	小		陰			影												
	特	徵	大	小	密度分布	影響部位												
	圓形陰影	p q r	<table border="1"> <tr><td>0/-</td><td>0/0</td><td>0/1</td></tr> <tr><td>1/0</td><td>1/1</td><td>1/2</td></tr> <tr><td>2/1</td><td>2/2</td><td>2/3</td></tr> <tr><td>3/2</td><td>3/3</td><td>3/+</td></tr> </table>			0/-	0/0	0/1	1/0	1/1	1/2	2/1	2/2	2/3	3/2	3/3	3/+	右
0/-	0/0	0/1																
1/0	1/1	1/2																
2/1	2/2	2/3																
3/2	3/3	3/+																
	不規則陰影	s t u			上肺部													
					中肺部													
					下肺部													
大陰影：0 A B C																		
胸膜	肥厚	肋膜斑 (pleural plaque)：無，右，左																
		肋膜增厚 (pleural thickening)：無，右，左																
	鈣化：無，右，左																	
	肋膈角鈍化消失：無，右，左																	
附加記載事項	aa at ax bu ca cg cn co cp cv di ef em es fr hi ho id ih kl me pa																	
	pb pi px ra rp tb od																	

4. 肺功能檢查 (包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期____年____月____日

2. 檢查項目

(1)_____

(2)_____

(3)_____

(4)_____

(5)_____

十、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）_____

十一、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：

備註：

1. X光攝影檢查所載記號之說明

(1) 小陰影大小（最大直徑一公分以下者）

p：圓形陰影其直徑不超過1.5公釐者。

q：圓形陰影其直徑大於1.5，但不超過3公釐者。

r：圓形陰影其直徑大於3，但不超過10公釐者。

s：不規則陰影其寬度不超過1.5公釐者。

t：不規則陰影其寬度大於1.5，但不超過3公釐者。

u：不規則陰影其寬度大於3，但不超過10公釐者。

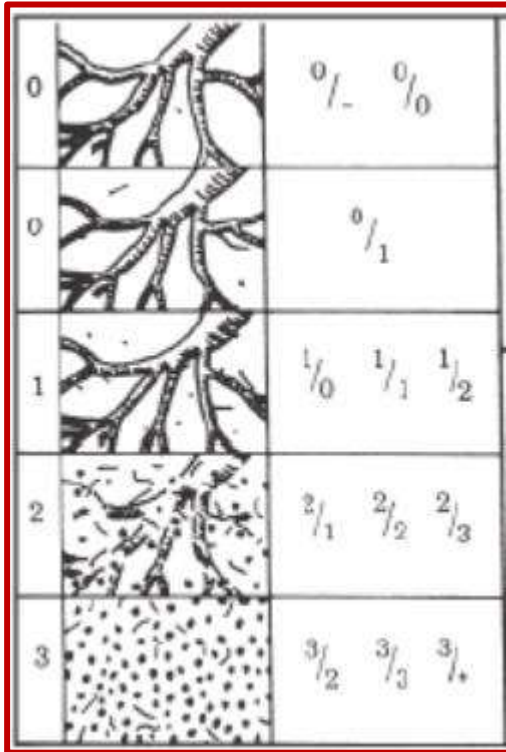
(2) 小陰影密度：請依與標準片比較為密度分型考量之主要依據，下方文字描述與示意圖僅為輔助參考

0：無小陰影。

1：稀疏（少數陰影）：正常之肺紋理(lung marking)明顯可見。

2：密集（多數密集陰影）：正常之肺紋理部分模糊不清。

3：極密（極多數密集陰影）：正常之肺紋理全部模糊不清。



(3) 大陰影

0：無大陰影。

A：一個大陰影之最大寬度不超過五公分，或多個大陰影之最大寬度總和不超過五公分。

B：一個大陰影之最大寬度超過五公分，但未超過右上肺區域之面積，或多個大陰影之最大寬度總和超過五公分但未超過右上肺區域之面積（介於 AC 兩者間之大陰影）。

C：一個大陰影超過右上肺區域之面積，或多個大陰影總和超過右上肺區域之面積。

(4) 附加記載事項

aa：主動脈粥樣硬化。

at：明顯肺尖部肋膜增厚

ax：小陰影融合。

bu：氣泡。

ca：胸腔癌症，不包括間皮細胞瘤。

cg：非塵肺之鈣化小節（如：肉芽腫）或結節。

cn：小塵肺陰影之鈣化。

co：心臟大小或形狀之異常。

cp：肺性心臟病(因肺血管高血壓引致之心臟病)。
cv：空洞。
di：胸腔內的結構之顯著扭曲或變形。
ef：肋膜積液。
em：肺氣腫。
es：肺門或縱隔淋巴結之蛋殼狀鈣化。
fr：肋骨骨折(包括急性或已經癒合)。
hi：非鈣化性肺門或縱隔淋巴結之腫大。
ho：蜂巢狀肺。
id：橫膈膜邊緣輪廓不清的。
ih：心臟邊緣輪廓不清的。
kl：中隔(Septal 或 Kerley) 線。
me：間皮細胞瘤。
pa：扁平狀肺膨脹不全。
pb：肺實質內纖維帶狀。
pi：肺葉間裂中之肋膜增厚。
px：氣胸。
ra：圓形肺膨脹不全。
rp：風濕性塵肺症。
tb：肺結核。
od：其他有意義之異常。

編號 24 鉻酸及其鹽類或重鉻酸及其鹽類作業 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. 從事鉻酸及其鹽類或重鉻酸及其鹽類作業平均每日工時_____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. 耳鼻喉部：鼻中膈穿孔 無
2. 呼吸系統：慢性鼻炎 咽喉炎 支氣管炎 氣喘 慢性阻塞性肺病
無
3. 皮膚系統：皮膚炎 皮膚潰瘍 化學性灼傷 無
4. 癌症：肺癌 其他癌症_____ 無
5. 其他：腎臟疾病 _____ 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. 呼吸系統：咳嗽 咳痰 胸痛 鼻塞 流鼻血 喉嚨疼痛
2. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、刺痛、脫皮、潰瘍 傷口癒合慢
3. 其他_____
4. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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. 從事工作四年以上者，胸部 X 光：_____
3. 各系統身體檢查：
 - (1) 呼吸系統(含鼻黏膜、鼻中膈穿孔)
 - (2) 皮膚(暴露部位皮膚炎、潰瘍、結膜發炎、角膜傷害)
4. 尿中鉻：_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

備註：

尿中鉻之檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業者無須檢測。

編號 25 鎘及其化合物作業 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. 從事鎘及其化合物作業平均每日工時_____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. 心臟血管：高血壓 其他_____ 無
2. 呼吸系統：慢性鼻炎 咽喉炎 慢性氣管炎、肺氣腫 其他_____ 無
3. 消化系統：消化性潰瘍、胃炎 逆流性食道炎 其他_____ 無
4. 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
其他__ 無
5. 癌 症：肺癌 腎臟癌 胰臟癌 前列腺癌 其他_____ 無
6. 其 他：貧血 糖尿病 腎臟疾病 骨質疏鬆症 其他_____ 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. 泌尿系統：血尿 尿量減少 眼瞼、下肢水腫
2. 呼吸系統：咳嗽 咳痰 喉嚨乾燥 鼻黏膜異常 胸痛 呼吸困難
3. 消化系統：食慾不振 噁心 嘔吐 腹痛 腹瀉
體重減輕3公斤以上
4. 骨骼系統：骨頭痛

5. 其他：眼睛、喉嚨刺激感 頭痛 倦怠 _____

6. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

有（請回答下一題） 無

2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？有（請回答下一題） 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)門齒或犬齒(鎘黃色環)

(2)鼻黏膜

(3)結膜(貧血)

3. 尿液檢查：尿蛋白_____

4. 尿中鎘檢查：_____

5. 呼吸系統有自覺症狀時：胸肺部身體檢查、肺功能檢查(包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期____年____月____日

2. 檢查項目

(1)_____

(2)_____

(3)_____

(4)_____

(5)_____

十、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)_____

十一、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：

備註：

尿中鎘、胸肺部身體檢查及肺功能檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業者無須檢測。

編號 26 鎳及其化合物作業 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. 從事鎳及其化合物作業平均每日工時_____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：鼻竇炎 氣喘 慢性氣管炎 肺結核 無
2. 皮膚系統：過敏性皮膚炎 皮膚發疹 無
3. 癌 症：皮膚癌 肺癌 鼻咽癌 其他癌症_____ 無
4. 其 他：中風 癲癇 _____ 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. 神經系統：頭暈、頭痛
2. 呼吸系統：咳嗽 呼吸急促 鼻塞 鼻炎 流鼻血
3. 皮膚系統：皮膚搔癢 暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
4. 消化系統：噁心 嘔吐
5. 其 他_____
6. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？
有（請回答下一題） 無
2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無
3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)呼吸系統(含鼻腔)
 - (3)皮膚理學檢查
 - (4)消化系統
3. 胸部 X 光：_____
4. 肺功能檢查（包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)
5. 尿中鎳檢查：_____

九、健康追蹤檢查

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

十、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）_____

十一、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：

備註：

1. 尿中鎳檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業者無須檢測。

編號 27 乙基汞化合物作業 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. 從事乙基汞化合物作業平均每日工時_____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：(若有請在打勾)

1. 神經精神：精神疾病 中樞神經疾病(如腦部病變) 周邊神經病變 無
2. 呼吸系統：氣喘 慢性氣管炎、肺氣腫 肺水腫 肺癌
其他呼吸系統疾病_____ 無
3. 皮膚系統：皮膚炎 其他皮膚疾病_____ 無
4. 其 他：肝臟疾病(含病毒性肝炎帶原) 腎臟疾病 其他_____ 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. 神經系統：手部顫抖 頭痛 手腳無力、酸麻 平衡感降低
2. 精神狀態：情緒不穩 記憶力變差 疲倦 焦躁不安 注意力不集中
3. 呼吸系統：咳嗽 胸悶、胸痛 呼吸困難
4. 泌尿系統：尿量減少 眼瞼、下肢水腫
5. 皮膚系統：口腔潰瘍 皮膚紅疹 暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
6. 其 他：聽力減損 視力減損 食慾不振 噁心、嘔吐 牙齦發炎

口內灼熱感或金屬味 水腫 關節痛 _____

7. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

有（請回答下一題） 無

2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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) 口腔鼻腔

(2) 眼睛

(3) 呼吸系統

(4) 神經系統（中樞及周邊）

(5) 腸胃系統

(6) 腎臟

(7) 皮膚

(8) 精神狀態

3. 胸部 X 光：_____

4. 血液檢查：紅血球數_____ 血色素 血球比容值_____ 白血球數_____

5. 生化血液檢查：肌酸酐(creatinine)_____

6. 尿液檢查：尿蛋白 尿潛血 尿沉渣鏡檢(細胞學檢查)

7. 血中汞檢查：_____

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期____年____月____日

2. 檢查項目

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

十、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）_____

十一、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：

備註：

血中汞檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業者無須檢測。

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 您最近三個月或工作時是否常有下列症狀：(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：

編號 29 1,3-丁二烯作業 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1,3-丁二烯作業平均每日工時_____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. 血液疾病：貧血 血小板減少 淋巴瘤 白血病 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. 呼吸系統：慢性支氣管炎 氣喘 塵肺症 肺結核 無
5. 其他：生殖系統(不孕、流(死)產、女性月經異常)
免疫性疾病 _____ 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. 血液系統：頭暈 疲倦 運動時氣促 傷口不易止血 容易出現瘀青塊
感冒頻率增加 傷口癒合慢
2. 消化系統：食慾不振 噁心 倦怠 腹痛 體重減輕3公斤以上
3. 呼吸系統：呼吸困難(1 2 3 4 5^註) 咳嗽 咳痰
4. 生殖系統：不孕 流產 死產 女性月經周期異常或月經量增加
5. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮 眼睛痠痛

喉嚨乾燥或刺激感

6. 其他：_____ 無

7. 以上皆無

填表說明

一、自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。

註：呼吸困難 1：係指與相同年齡之健康者同樣能工作、步行、上坡、及上下樓梯者。

呼吸困難 2：係指與相同年齡之健康者同樣能步行但不能上坡及上樓梯者。

呼吸困難 3：係指與相同年齡之健康者在平地不能同樣步行，但以自己步速能步行一公里以上者。

呼吸困難 4：係指繼續步行五十公尺以上即須停頓者。

呼吸困難 5：係指因說話、換衣就有呼吸困難，因此不能走出屋外者。

===== 【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) 淋巴血液系統(含淋巴結、肝脾腫大)

(2) 皮膚黏膜(含口腔、鼻腔、眼睛結膜)

3. 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_____ 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：

編號 30 甲醛作業 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. 從事甲醛作業平均每日工時_____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：氣喘 過敏性鼻炎 慢性氣管炎、肺氣腫 鼻咽癌 無
2. 皮膚系統：刺激性皮膚炎 過敏性皮膚炎 化學性灼傷 無
3. 造血系統：白血病 骨髓分化不良 無
4. 傳染性疾病：EB 病毒感染 無
5. 其 他：被診斷對甲醛過敏 使用戒酒藥 _____ 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 您最近三個月或工作時是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾)

1. 呼吸系統：咳嗽 呼吸急促 胸悶 氣喘 運動時氣促
2. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
眼睛刺激感 喉嚨刺激感 眼睛或喉嚨乾燥不舒服
3. 耳 鼻 喉：鼻塞 頸部腫塊 單側中耳積水 單側聽力異常
4. 血液系統：傷口不易止血 月經量過多 瘀斑 齒齦出血
骨頭疼痛
5. 其 他：複視 體重減輕 _____ 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)呼吸系統(包含觸診頸部)
 - (2)皮膚黏膜(含口腔、鼻腔、眼睛結膜)
3. 胸部 X 光：_____
4. 肺功能檢查 (包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)
5. 血液檢查：紅血球數____ 血球比容值____ 血色素____ 平均紅血球體積____
平均血球血色素____ 平均紅血球血色素濃度____ 血小板數____ 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：

備註：

胸部 X 光檢查為新進勞工之特殊體格或變更作業者之檢查項目，在職勞工之特殊健康檢查無須檢測。

編號 31 銻及其化合物作業 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. 從事銻及其化合物作業平均每日工時_____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：氣喘 過敏性鼻炎 慢性氣管炎、肺氣腫 肺結核 肺癌
其他呼吸系統疾病 無
2. 皮膚系統：異位性皮膚炎 其他皮膚病 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. 呼吸系統：咳嗽 呼吸急促 胸悶 氣喘
2. 其他：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
眼睛刺激感 _____
3. 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)皮膚黏膜(含眼睛結膜)

3. 胸部 X 光：_____

4. 肺功能檢查（包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})及 FEV_{1.0} /FVC)

5. 血清錮_____

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：

備註：

血清錮檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業者無須檢測。

編號 32 汞及其無機化合物作業 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. 從事汞及其無機化合物作業平均每日工時_____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. 神經精神：精神疾病 腦病變(中樞神經疾病) 周圍神經病變 癲癇 無
2. 呼吸系統：氣喘 慢性氣管炎、肺氣腫 肺水腫 肺癌 無
3. 皮膚系統：刺激性皮膚炎 過敏性皮膚炎 皮膚發疹 色素沉著 無
4. 內分泌系統：甲狀腺疾病 糖尿病 無
5. 其 他：肝臟疾病 腎臟疾病 _____ 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. 神經系統：手部顫抖 頭痛 暈眩 手腳無力、酸麻 平衡感降低
2. 精神狀態：情緒不穩 記憶力變差 疲倦 焦躁不安 注意力不集中
3. 呼吸系統：咳嗽 胸悶、胸痛 呼吸困難
4. 消化系統：食慾不振 噁心、嘔吐 體重減輕
5. 泌尿系統：尿量減少 眼瞼、下肢水腫
6. 皮膚系統：口腔潰瘍 皮膚紅疹 暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
7. 其 他：聽力減損 視力減損 牙齦發炎 口內灼熱感或金屬味

關節痛 _____

8. 以上皆無

七、作業環境監測資料

1. 有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

有（請回答下一題） 無

2. 作業環境監測結果有無通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ 有（請回答下一題） 無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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)口腔鼻腔

(2)眼睛

(3)呼吸系統

(4)神經系統（中樞及周邊）

(5)腸胃系統

(6)腎臟

(7)皮膚

(8)精神狀態

3. 胸部 X 光：_____

4. 血液檢查：紅血球數_____ 血色素_____ 血球比容值_____ 白血球數_____

5. 生化血液檢查：肌酸酐(creatinine)_____

6. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____ 尿沉渣鏡檢(細胞學檢查)_____

7. 尿中汞檢查：_____

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期____年____月____日

2. 檢查項目

(1)_____

(2)_____

(3)_____

(4)_____

(5)_____

十、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）_____

十一、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：

備註：

尿中汞檢查為在職勞工之特殊健康檢查項目，新進勞工之特殊體格或變更作業者無須檢測。