

台灣電力公司新進從業人員體格檢查表

體檢字第

號

貼 相 片 處	一、基本資料		
	姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	身份證統一編號：		
	住址：		
	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，截止日期：__年__月，共__年__月			
3. 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			
<p>您是否曾患有下列慢性疾病：(請在適當項目前打勾)</p> <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"/> 氣喘 <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"/> 手術開刀 _____ <input type="checkbox"/> 其他慢性病 _____ <input type="checkbox"/> 以上皆無			
四、生活習慣			
<p>1. 請問您過去一個月內是否有吸菸？</p> <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			
<p>2. 請問您最近六個月內是否有嚼食檳榔？</p> <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			
<p>3. 請問您過去一個月內是否有喝酒？</p> <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			
<p>您最近三個月是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾)</p> <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"/> 噁心 <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"/> 排尿不適 <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、檢查項目			
1. 身高：	公分	2. 體重：	公斤
3. 腰圍：	公分	4. 血壓：	/ mmHg
5. 視力(矯正)：	右	左	
6. 辨色力測試：	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常	
7. 聽力檢查：	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常	

8. 各系統或部位理學檢查：		
(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(黃膽、肝臟、腹部)		
(5) 神經系統(感覺)		
(6) 肌肉骨骼(四肢)		
(7) 皮膚		
9. 胸部 X 光檢查(透視或照片)：(年 月 日 片號)		
10. 尿液檢查： 尿蛋白 尿潛血		
11. 血液檢查： 血型 Rh 血色素 白血球 紅血球		
12. 生化血液檢查： 飯前血糖		
T-CHO 膽固醇 肌酸酐(creatinine)		
TG 三酸甘油脂 肝功能檢查 GPT GOT		
高密度脂蛋白膽固醇		
13. 心電圖：		
總評：(結論意見及建議)：		醫師簽章
請蓋醫院 圖記		

註：

1. 本證明未蓋圖記及相片騎縫章者無效。
2. 請檢查 1 至 13 項。
3. 受檢人應自行貼妥最近一吋半身正面脫帽相片方得辦理檢查。
4. 檢查機構以健保特約醫院為限。