

特殊體格(健康)檢查之記錄格式 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.....	9
編號 4 異常氣壓作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	12
編號 5 鉛作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	15
編號 6 四烷基鉛作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	18
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.....	21
編號 8 四氯化碳作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	24
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.....	37
編號 14 鉍及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	40
編號 15 氯乙烯作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	43
編號 16 苯作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	46
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.....	49
編號 18 石棉作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	51
編號 19 砷及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	53
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... ..	56
編號 21 黃磷作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	59
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.....	61
編號 23 粉塵作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	63
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.....	67
編號 25 鎘及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	70
編號 26 鎳及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	73
編號 27 乙基汞化合物、汞及其無機化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	76
編號 28 溴丙烷作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	79
編號 29 1,3-丁二烯作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	81
編號 30 甲醛作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	83
編號 31 銻及其化合物作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄.....	85

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

- 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 無
7. 免疫性疾病：_____ 無
8. 長期服用藥物：利尿劑 降血壓藥物 鎮定劑 抗痙攣劑
抗血液凝固劑 抗膽鹼激素劑 其他_____ 無
9. 其他_____ 無
10. 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
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_____ 氣_____

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. 從事噪音作業平均每日工時_____小時

4. 為進一步瞭解您的作業經歷，請填答下列題目

(體格檢查請填寫 4.1~4.2；定期健康檢查請填寫 4.2~4.3)

4.1 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

4.1.1 如果從事上面的任何工作：

- (1) 有聽力保護措施嗎？ 有 無
(2) 有戴上聽力保護設備嗎？ 有 無
(3) 什麼類型的保護設備？ 耳罩 耳塞 二者都有

4.1.2 如果從事上面的任何工作，其工作時數與噪音之存在時間：

- (1) 平均一天工作時數：10 小時 8 小時 6 小時 4 小時
(2) 噪音存在時間：所有工作時間 一半時間 偶而

4.2 您 14 小時內曾至噪音區嗎？有 無

4.3 當您在噪音工作區，你戴聽力保護設備嗎？有(請回答下二題) 無

- (1) 若戴，是什麼類型的？ 耳罩 耳塞 二者 都有
(2) 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. 您是否曾去醫院請專家檢查耳朵或聽力？ 有 無
2. 您是否曾經：
(1) 暴露於爆炸狀況？ 有 無
(2) 暴露於巨大的聲音？ 有 無
(3) 耳朵直接受傷？ 有 無
(4) 經常性暴露於實際的槍響？ 有 無
(5) 暴露於經常性的大聲音樂？(熱門樂、平劇) 有 無

3. 你曾有過以下情況嗎？

- | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| (1) 耳朵受傷 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 動過耳朵手術 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3) 耳部感染 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (4) 耳鳴 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (5) 鼓膜穿孔 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (6) 因爆破引起耳痛 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (7) 使用耳毒性藥物，如阿斯匹靈、鏈黴素 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (8) 腦膜炎 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (9) 結核病 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (10) 腦震盪或昏迷 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

4. 您的家族是否有遺傳性聽力障礙的疾病史？

有 無

如果有，請詳細說明：_____

五、生活習慣

1. 你有以下嗜好嗎？

- 去迪斯可舞廳、卡啦 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) 聽力困難現象 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 耳鳴 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3) 眩暈 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 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

3. 自從上次聽力檢查後（去年至今），您是否：

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| (1) 暴露於爆炸狀況？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 暴露於巨大的聲響？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3) 暴露於實際的槍響？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (4) 暴露於經常性大聲音樂如隨身聽、熱門音樂？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (5) 曾去醫院請專家檢查耳朵或聽力？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

(6)至噪音區工作時大多會使用耳塞或耳罩？ 有 無

4. 上次聽力檢查後，你有過以下情況嗎？

- | | | |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| (1)耳朵受傷 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2)耳朵手術 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3)耳朵流膿或液狀分泌物/耳部感染 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (4)耳鳴 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (5)鼓膜穿孔 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (6)因爆破引起耳痛 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (7)使用耳毒性藥物 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (8)腦膜炎 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (9)結核病 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (10)腦震盪或昏迷 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 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. 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：缺鐵性貧血 海洋性貧血 其他_____ 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
其他_____ 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：倦怠 頭暈
3. 呼吸系統：咳嗽 胸痛 呼吸困難
4. 其他：視力模糊 噁心 嘔吐 皮膚紅斑 女性月經異常 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：T3____、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：

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 中風 無
2. 神經精神：偏頭痛 癲癇 精神病 無
3. 呼吸系統：自發性氣胸 氣喘 無
4. 手術：開胸手術 耳部手術 肱骨或股骨骨折，其他骨折_____ 無
5. 長期服用藥物：類固醇藥物 酒癮 毒癮 其他____ 無
6. 其他：胰臟炎 糖尿病 _____ 無
7. 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 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 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
6. 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)
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
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 _____ 無
4. 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
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：

1. 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：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 無
4. 其他：高血壓心臟病糖尿病腎臟疾病呼吸系統疾病_____ 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
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：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 無
4. 其 他：高血壓心臟病糖尿病腎臟疾病呼吸系統疾病_____ 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
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. 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. 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：糖尿病 腎臟疾病 眼睛疾病 不孕症 _____ 無
6. 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 您最近三個月是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾)

1. 心臟血管：胸痛 心悸 呼吸困難
2. 神經系統：手腳肌肉無力 手腳麻痛 手部顫抖 步態異常
3. 其 他：頭暈 頭痛 失眠 視力模糊 呼吸黏膜刺激感
皮膚發炎 _____
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)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。

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 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 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
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
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 無
4. 其 他：高血壓 心臟病 糖尿病 腎臟疾病 呼吸系統疾病 ____ 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
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)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 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 _____ 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
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 _____ 無
5. 家族膀胱癌病史：有 無
6. 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 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
6. 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 氯乙炔作業 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. 從事氯乙炔作業平均每日工時_____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 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. 癌症：肝癌 肺癌 血液系統癌症 無
4. 長期服用藥物_____ 無
5. 其他：輸血 _____ 無
6. 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. 消化系統：食慾不振 噁心 右上腹痛 體重減輕3公斤以上
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)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 _____ 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 月經量過多
2. 神經系統：平衡感降低
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、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：

1. 血液檢查之平均紅血球體積、平均血球血色素、平均紅血球血色素濃度及白血球分類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檢查無須檢測。
2. 血液檢查之白血球分類之檢查，變更作業者無須檢測。

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 過敏性鼻炎 慢性氣管炎、肺氣腫 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
4. 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 眼睛或喉嚨乾燥不舒服
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. 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：

1. 胸部 X 光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。

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 無
2. 其他_____ 無
3. 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 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_____
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 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：手掌、腳底皮膚角化過度 皮膚發疹 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
6. 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. 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
2. 呼吸系統：咳嗽 喉嚨疼痛
3. 神經系統：末梢肢體麻木 感覺異常 無力
4. 皮膚系統：暴露部位皮膚紅腫、水泡、乾燥、刺痛、脫皮
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) 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)

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：運動神經病變 巴金森症候群 肌張力不全症 無
2. 精神疾病：記憶困難 產生幻覺 情感性精神疾病 其他精神疾病 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：腎臟疾病 _____ 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 您最近三個月是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾)

1. 神經系統：全身無力 倦怠 反應慢 失眠 精神不集中 步態異常
手部顫抖 手腳僵硬
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. 其他：疲倦、倦怠 貧血 眼睛疾病 腎臟疾病 _____ 無
4. 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. 其他：牙痛 下顎痛 _____
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
 - (2)肝臟
 - (3)腎臟
 - (4)皮膚
 - (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 聯吡啉或巴拉刈作業 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. 從事聯吡啉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：皮膚角化 黑斑 疑似皮膚癌症 無
2. 其他_____ 無
3. 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 您最近三個月是否常有列症狀：(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 無
3. 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 您最近三個月是否常有下列症狀:(請在適當項目前打勾)

1. 心臟血管：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_____
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：

肺	小	陰						影			
	特 徵	大	小	密 度 分 佈	影 響 部 位						
	圓形陰影	p	q	r	0	1	2	3	上肺部	中肺部	下肺部
	不規則陰影	s	t	u		左					
						右					
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										
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										
X光照片像型別	正常 一型 二型 三型 四型										

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：圓形陰影其直徑小於 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：不規則陰影其寬度小於 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

- 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）：
 - 圓形陰影：正常之肺紋理仍然明顯可見。
 - 不規則陰影：正常之肺紋理部分模糊不清。
- 3：極密（極多數密集陰影）：
 - 圓形陰影：正常之肺紋理部分或全部模糊不清。
 - 不規則陰影：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。

(5) X 光照像型別

- 一型：兩側肺野有明顯而分佈稀疏之圓型或不規則陰影，但無大陰影者。
- 二型：兩側肺野有明顯而分佈密集之圓型或不規則陰影，但無大陰影者。
- 三型：兩側肺野有明顯而分佈極密之圓型或不規則陰影，但無大陰影者。
- 四型：有明顯的圓型或不規則陰影，且有大陰影者。

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. 呼吸系統：慢性鼻炎 咽喉炎 支氣管炎 氣喘 鼻中膈穿孔 無
2. 皮膚系統：皮膚炎 皮膚潰瘍 無
3. 癌症：肺癌 其他癌症_____ 無
4. 其他：腎臟疾病 _____ 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：皮膚紅疹 傷口癒合慢 皮膚潰瘍
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(鼻黏膜、鼻中膈穿孔)
 - (2)皮膚(暴露部位皮膚炎、潰瘍)
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：

1. 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 無
2. 呼吸系統：慢性鼻炎 咽喉炎 慢性氣管炎、肺氣腫 無
3. 消化系統：消化性潰瘍、胃炎 逆流性食道炎 無
4. 癌症：肺癌 前列腺癌 無
5. 其他：腎臟疾病 糖尿病 骨質疏鬆症 _____ 無
6. 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 您最近三個月是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾)

1. 心臟血管：貧血
2. 呼吸系統：咳嗽 咳痰 喉嚨乾燥 鼻黏膜異常 胸痛
3. 消化系統：食慾不振 噁心 嘔吐 腹痛 腹瀉 體重減輕約__公斤
4. 骨骼系統：骨頭痛
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)牙齒(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：

1. 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：_____ 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 胸悶 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 腹瀉
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)呼吸系統(含鼻腔)
 - (2)腸胃系統
 - (3)神經系統
 - (4)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：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. 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)
8. 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、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. 從事乙基汞化合物、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 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. 其他：肝臟疾病 腎臟疾病 _____ 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. 尿中汞檢查(限汞及其無機化合物作業)：_____
8. 血中汞檢查(限乙基汞化合物作業)：_____

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. 尿中汞、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. 其他：生殖系統(不孕、流(死)產、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. 生殖系統：不孕 流產 死產 女性月經周期異常或月經量增加
4. 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
5. 其他：_____ 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) 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 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
4. 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. 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. 其他_____ 無
4. 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：

1. 血液檢查之紅血球數、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無須檢測。
2. 胸部 X 光檢查為新進勞工之特殊體格或變更業者之檢查項目，在職勞工之特殊健康檢查無須檢測。

編號 31 錮及其化合物作業 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. 從事錮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 無
2. 其他_____ 無
3. 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 _____ 無
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. 血清鉬_____

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：

1. 血清鉬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。