

開南大學教職員工健康資料卡

到職日期	年 月	服務單位		姓名	
出生日期	年 月 日	血型		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號
戶籍地址					行動電話
現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：				
緊急聯絡人、監護人或附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話

一、作業經歷

- 曾從事_____，起始日期：__年__月，截止日期：__年__月，共__年__月
- 目前從事_____，起始日期：__年__月，截止日期：__年__月，共__年__月
- 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

二、檢查時期(原因)：新進員工 定期檢查

三、既往病史：您是否曾患有下列慢性疾病(請在適當項目前打勾)

<input type="checkbox"/> 1.高血壓	<input type="checkbox"/> 7.氣喘	<input type="checkbox"/> 13.中耳炎	<input type="checkbox"/> 19.癌症：_____
<input type="checkbox"/> 2.糖尿病	<input type="checkbox"/> 8.慢性氣管炎、肺氣腫	<input type="checkbox"/> 14.聽力障礙	<input type="checkbox"/> 20.骨折：_____
<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 9.肺結核	<input type="checkbox"/> 15.甲狀腺疾病	<input type="checkbox"/> 21.其他慢性病：_____
<input type="checkbox"/> 4.白內障	<input type="checkbox"/> 10.腎臟病	<input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍、胃炎	<input type="checkbox"/> 22.以上皆無
<input type="checkbox"/> 5.中風	<input type="checkbox"/> 11.肝病	<input type="checkbox"/> 17.逆流性食道炎	
<input type="checkbox"/> 6.癲癇	<input type="checkbox"/> 12.貧血	<input type="checkbox"/> 18.手術名稱：_____	

四、生活習慣

- 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。 已經戒除，戒了__年__個月。
- 請問您過去六個月內是否有嚼檳榔？ 從未嚼檳榔 偶爾嚼(不是天天)
 (幾乎)每天嚼，平均一天嚼__顆，已嚼__年。 已經戒食，戒了__年__個月。
- 請問您過去一個月內是否有喝酒？ 從未喝酒 偶爾喝
幾乎每天喝，平均每週喝__次，最常喝_____酒，每次__瓶。 已戒酒，戒了__年__個月。
- 請問您於工作日期間，平均每天睡眠為__小時。

五、自覺症狀(最近3個月是否常有下列症狀)

咳嗽 咳痰 呼吸困難 胸痛 心悸 頭暈 頭痛 耳鳴 倦怠 噁心 腹痛 便秘

腹瀉 血便 上背痛 下背痛 手腳麻痛 關節疼痛 排尿不適 多尿、頻尿

手腳肌肉無力 體重減輕3公斤以上 其他症狀_____ 以上皆無

六、為了您的安全，請確認：

- 暈針 是 否
- (女性)懷孕、疑懷孕 無懷孕，並同意接受X光檢查。【簽名】：_____

七、以上資料本人已詳細閱讀並據實填寫，且同亦將體檢報告提供事業單位為健康審核資料；本人確認以上陳述內容正確無誤，空白未載之處，係因不復記憶無法提供。【簽名】：_____

檢查項目		檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）						檢查醫事人員簽章			
身高：_____公分		體重：_____公斤		<input type="checkbox"/> 腰圍_____公分							
血壓：_____/____mmHg		脈搏：_____次/分									
聽力檢查		左： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		右： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常							
視力檢查		<input type="checkbox"/> 裸視		<input type="checkbox"/> 矯正視力，左眼_____		右眼_____		辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 其他_____									
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他_____									
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他_____									
呼吸系統	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____									
消化系統	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____									
神經系統	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常_____									
肌肉骨骼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 青蛙肢（蹲距困難） <input type="checkbox"/> 其他_____									
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他_____									
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：						承辦檢查醫院簽章				
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目			初查結果	檢查結果		
			異常註記 追蹤						異常註記 追蹤		
尿液檢查	尿蛋白	(+) (-)			腎功能	肌酸酐	mg/dl				
	尿糖	(+) (-)			肝功能	麩胺酸丙酮酸轉胺酶	U/L				
	潛血	(+) (-)			血脂肪	總膽固醇	mg/dl				
	酸鹼值			三酸甘油酯		mg/dl					
血液常規檢查	血色素	g/dl			糖尿病	血糖	mg/dl				
	白血球	10 ³ /μL									
	紅血球	10 ⁶ /μL									
	血小板	10 ³ /μL									
	平均血球容積 MCV	fl									
血球容積比 Hct	%										
胸部 X 光檢查	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他								複查矯治、日期及備註：		
臨時性檢查	檢查名稱		檢查日期		檢查單位		檢查結果		轉介複查追蹤及備註		
健康管理綜合紀錄	<input type="checkbox"/> 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。 <input type="checkbox"/> 檢查結果部分異常，宜在____年____月____日以前至醫療機構_____科，實施健康追蹤檢查。 <input type="checkbox"/> 其他：										