

新進員工各類體格檢查及檢查項目(111.11.01版)

	基本資料	檢查項目	適用單位
行政人員及實習行政人員	姓名： 性別： 出生年月日： 身份證字號： 體格檢查日期： 到職日期： 任職單位： 職稱： 地址： 連絡電話：	法規要求 ●既往病歷調查及作業經歷調查 ●自覺症狀調查 ●各系統之物理檢查：頭頸部檢查、心臟(心音)、皮膚、神經系統、消化系統、呼吸系統、骨骼肌肉系統之身體檢查 ●一般性檢查：身高、體重、血壓、脈搏、視力、色盲、聽力檢查 ●尿液檢查：尿蛋白 Urine protein、尿潛血 Urine occult blood ●血液血清生化檢查：血色素 Hb、白血球數 WBC、膽固醇 CHO、三酸甘油酯 TG、肝功能 ALT、腎功能 Creatinine、飯前血糖 AC sugar、高密度脂蛋白 HDL-C ●胸部 X 光攝影檢查 ●應注意及注意事項 ●醫師總評 ●健檢醫師姓名(簽章)及證書字號 ●檢查醫療機構名稱、電話、及地址 ▲本院增加必要項目： ●HbsAg、Anti-HBs ●麻疹抗體、德國麻疹抗體血清檢驗	行政單位
醫療人員	姓名： 性別： 出生年月日： 身份證字號： 體格檢查日期： 到職日期： 任職單位： 職稱： 地址： 連絡電話：	法規要求 ●既往病歷調查及作業經歷調查 ●自覺症狀調查 ●各系統之物理檢查：頭頸部檢查、心臟(心音)、皮膚、神經系統、消化系統、呼吸系統、骨骼肌肉系統之身體檢查 ●一般性檢查：身高、體重、血壓、脈搏、視力、色盲、聽力檢查 ●尿液檢查：尿蛋白 Urine protein、尿潛血 Urine occult blood ●血液血清生化檢查：血色素 Hb、白血球數 WBC、膽固醇 CHO、三酸甘油酯 TG、肝功能 ALT、腎功能 Creatinine、飯前血糖 AC sugar、高密度脂蛋白 HDL-C ●胸部 X 光攝影檢查 ●應注意及注意事項 ●醫師總評 ●健檢醫師姓名(簽章)及證書字號 ●檢查醫療機構名稱、電話、及地址 ▲本院增加必要項目： ●HbsAg、Anti-HBs、VDRL、Anti-HCV ●麻疹、德國麻疹、水痘抗體血清檢驗 ▲非必檢項目：愛滋篩檢 Anti-HIV (可自行選擇是否檢驗)	醫療單位
供膳人員	姓名： 性別： 出生年月日： 身份證字號： 體格檢查日期： 到職日期： 任職單位： 職稱： 地址： 連絡電話：	法規要求 ●既往病歷調查及作業經歷調查 ●自覺症狀調查 ●各系統之物理檢查：頭頸部檢查、心臟(心音)、皮膚、神經系統、消化系統、呼吸系統、骨骼肌肉系統之身體檢查、手部皮膚 ●一般性檢查：身高、體重、血壓、脈搏、視力、色盲、聽力檢查 ●尿液檢查：尿蛋白 Urine protein、尿潛血 Urine occult blood ●血液血清生化檢查：血色素 Hb、白血球數 WBC、膽固醇 CHO、三酸甘油酯 TG、肝功能 ALT、腎功能 Creatinine、飯前血糖 AC sugar、高密度脂蛋白 HDL-C ●胸部 X 光攝影檢查 ●A 型肝炎抗體 (IgG、IgM) ●應注意及注意事項 ●醫師總評 ●健檢醫師姓名(簽章)及證書字號 ●檢查醫療機構名稱、電話、及地址 ▲本院增加必要項目： ●麻疹、德國麻疹、水痘抗體血清檢驗 ●HbsAg、Anti-HBs、VDRL、Anti-HCV ●糞便檢查：傷寒桿菌、沙門氏菌、志賀氏菌、寄生蟲/卵、阿米巴痢疾、桿菌性痢疾 ▲非必檢項目：愛滋篩檢 Anti-HIV (可自行選擇是否檢驗)	從事供膳、調奶、餵奶等作業人員， 依單位別執行： 1. 營養室 2. 嬰兒室 3. 產房 4. 新生兒加護病房 5. 護理之家 6. 產後護理之家

<p>游離 輻射 作業 人員</p>	<p>姓名： 性別： 出生年月日： 身份證字號： 體格檢查日期： 到職日期： 任職單位： 職稱： 地址： 連絡電話：</p>	<p>法規要求 ●既往病歷調查及作業經歷調查 ●自覺症狀調查 ●各系統之物理檢查：頭頸部檢查、眼睛(含白內障)、皮膚、心臟、肺臟、甲狀腺、呼吸系統、神經系統、消化系統、泌尿系統、骨關節及肌肉系統、心智及精神檢查 ●一般性檢查：身高、體重、血壓、脈搏、視力、色盲、聽力檢查 ●血液血清生化檢查：血色素 Hb、紅血球數 RBC、白血球數 WBC、血球比容值 HCT、白血球分類、血小板數 PLT、膽固醇 CHO、三酸甘油酯 TG、肝功能 ALT、腎功能 Creatinine、甲狀腺功能 Free T4、TSH、飯前血糖 AC sugar、高密度脂蛋白 HDL-C ●尿液檢查：尿糖、尿蛋白、尿潛血、尿沉渣鏡檢 ●肺功能檢查(包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV1.0)及 FEV1.0/FVC) ●胸部 X 光攝影檢查 ●應注意及注意事項 ●醫師總評 ●健檢醫師姓名(簽章)及證書字號 ●檢查醫療機構名稱、電話、及地址</p> <p>▲本院增加必要項目： ●HbsAg、Anti- HBs、VDRL、Anti-HCV ●麻疹、德國麻疹、水痘抗體血清檢驗</p> <p>▲非必檢項目：愛滋篩檢 Anti-HIV (可自行選擇是否檢驗)</p>	<p>從事游離輻射作業人員依單位別執行： 1. 影像醫學部 2. 核子醫學科 3. 放射腫瘤科 4. 心導管室 5. 內視鏡中心 6. 心臟內科、心臟外科、骨科、神經外科 7. 牙科部、特牙 8. 健康管理中心 9. 泌尿科 10. 職稱為「放射師」者</p>
<p>甲 醛 + 游 離 輻 射 作 業 人 員</p>	<p>姓名： 性別： 出生年月日： 身份證字號： 體格檢查日期： 到職日期： 任職單位： 職稱： 地址： 連絡電話：</p>	<p>法規要求 ●既往病歷調查(含呼吸系統及皮膚黏膜等)及作業經歷調查 ●自覺症狀調查 ●各系統之物理檢查：頭頸部檢查、眼睛(含白內障)、皮膚、心臟、肺臟、甲狀腺、呼吸系統及皮膚黏膜、神經系統、消化系統、泌尿系統、骨關節及肌肉系統、心智及精神檢查 ●一般性檢查：身高、體重、血壓、脈搏、視力、色盲、聽力檢查 ●血液血清生化檢查：血色素 Hb、紅血球數 RBC、白血球數 WBC、血球比容值 HCT、白血球分類、血小板數 PLT、平均紅血球體積 MCV、平均血球血色素 MCH、平均紅血球血色素濃度 MCHC、膽固醇 CHO、三酸甘油酯 TG、肝功能 ALT、腎功能 Creatinine、甲狀腺功能 Free T4、TSH、飯前血糖 AC sugar、高密度脂蛋白 HDL-C ●尿液檢查：尿糖、尿蛋白、尿潛血、尿沉渣鏡檢 ●胸部 X 光攝影檢查 ●肺功能檢查(包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV1.0)及 FEV1.0/FVC) ●應注意及注意事項 ●醫師總評 ●健檢醫師姓名(簽章)及證書字號 ●檢查醫療機構名稱、電話、及地址</p> <p>▲本院增加必要項目： ●HbsAg、Anti- HBs、VDRL、Anti-HCV ●麻疹、德國麻疹、水痘抗體血清檢驗</p> <p>▲非必檢項目：愛滋篩檢 Anti-HIV (可自行選擇是否檢驗)</p>	<p>從事甲醛+游離輻射作業人員依單位別執行： 1. 手術室 2. 病理科</p>