

國立臺東大學附屬特殊教育學校

新進人員一般體格檢查注意事項

一、新進人員體格檢查相關法規如下

1. 依「職業安全衛生法」第二十條及「勞工健康保護規則」第十條規定。雇主於僱用工作者時，應施行體格檢查，受雇工作者對於第一項之檢查，有接受之義務。
2. 違反「職業安全衛生法」第二十條之規定者，處新臺幣三千元以下罰鍰。
3. 職業安全衛生法規範雇主與受雇工作者雙方有關新進人員體格檢查之義務，目的係為識別受雇工作者之工作適性，評估其是否適合從事該作業，避免因工作造成受雇工作者健康之威脅或傷害，因此，體格檢查應於受雇工作者實際從事作業前完成，方能符合該目的。
4. 有下列情形得免一般體格檢查，依據「勞工健康保護規則」第十條規定，有下列情形之一者，得免實施前項一般體格檢查：
 - (1) 非繼續性之臨時性或短期性工作，其工作期間在六個月以內。
 - (2) 其他法規已有體格或健康檢查之規定。
 - (3) 其他經中央主管機關指定公告。

第一項檢查距勞工前次檢查未逾第十一條或第十二條附表十規定之定期檢查期限，經勞工提出證明者，得免實施。

二、報到須知

1. 新進人員報到前需自行至勞動部會商衛生福利部認可之勞工體格與健康檢查醫療機構進行一般體格檢查(請至 <https://hrpts.osha.gov.tw/Home/CertifiedHospInfoSearch> 查詢)並持完成之報告正本於報到當日繳交至學生事務處健康中心(各醫院體檢作業皆須 7~14 個工作日，敬請提早作業時間，以免影響當日報到完成之權益)。
2. 報告之檢查期限，符合「勞工健康保護規則」規則第十一條規定，即未滿 40 歲，每 5 年 1 次、年滿 40 歲未滿 65 歲，每 3 年 1 次、年滿 65 歲，每年 1 次。
3. 如欲留存體檢報告正本備用，繳交影本時，受雇工作者與雇主(工作單位)須共同核對後於影本上核章，註明【與正本相符】。
4. 本校教職員工新進人員體格檢查紀錄表(如附件)。
填寫健康資料時，身體有任何特殊疾病或異常者，務請據實填寫。
如有新進人員體格檢查相關問題，請來電至健康中心 229912#800或人事室#600 查詢。

國立臺東大學附屬特殊教育學校
教職員工新進人員一般體格檢查紀錄表

一、基本資料

1. 姓名：_____ 2. 性別：☐男 ☐女 3. 身分證字號：_____
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. 工作單位：_____ 8. 職稱：_____ 9. 單位聯絡電話：_____

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

您是否曾患有下列慢性疾病：(請在適當項目前打勾)

- ☐高血壓 ☐糖尿病 ☐心臟病 ☐癌症____ ☐白內障 ☐中風 ☐癲癇
- ☐氣喘 ☐慢性氣管炎、肺氣腫 ☐肺結核 ☐腎臟病 ☐肝病 ☐貧血
- ☐中耳炎 ☐聽力障礙 ☐甲狀腺疾病 ☐消化性潰瘍、胃炎 ☐逆流性食道炎
- ☐骨折_____ ☐手術開刀_____ ☐其他慢性病_____ ☐以上皆無

四、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. 請問您於工作日期間，平均每天睡眠時間為：____小時

五、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)

- ☐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

填表說明

- 一、請受檢教職員工於健檢前，填妥基本資料、作業經歷、檢查時期、既往病史、生活習慣及自覺症狀六大項，再交由醫護人員作確認，以有效篩檢出疾病；若事業單位已提供受檢員工基本資料及作業經歷電子檔給指定醫療機構，可不必要請受檢員工重複填寫。
- 二、自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。

=====【以下由醫護人員填寫】=====

檢查日期： 姓名：

六、檢查項目：

1. 身高：_____ 公分	2. 體重：_____ 公斤，腰圍：_____ 公分
3. 血壓 _____ / _____ mmHg	4. 視力(矯正)：左_____ 右_____
5. 聽力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	辨色力測試： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常
6. 各系統部位理學檢查及問診：：	
(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(黃疸、肝臟、腹部)：	
(5)神經系統(感覺)：	
(6)肌肉骨骼系統(四肢)：	
(7)皮膚：	
(8)問診(自覺症狀與睡眠概況等)：	
7. 胸部 X 光：	
8. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血 _____	9. 血液檢查：血色素_____ 白血球_____.
10. 生化血液檢查：血糖 (AC Sugar)_____ 血清丙胺酸轉胺酶(ALT) _____ 肌酸酐 (creatinine)_____	
膽固醇(TC)_____ 三酸甘油脂(TG)_____ 高密度脂蛋白膽固醇(HDL) _____	

八、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. ☐檢查結果部分異常宜在()內至醫療機構 _____ 科，實施健康追蹤檢查。
3. ☐檢查結果過異常，建議不適宜從事_____作業。(請說明原因)。
4. ☐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：)
5. ☐其他

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：

健檢機構名稱、電話、地址：