

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、志賀氏桿菌、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

	基本資料	檢查項目	適用單位
游離輻射作業人員	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、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 ▲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）	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
甲醛+游離輻射作業人員	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(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 ▲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）	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