

*請於到職當日繳交新進人員體檢報告

慈濟大學教職員

健康檢查繳交聲明書

- 一、勞工職業衛生法第 20 條規定「雇主於僱用勞工時，應施行體格檢查；對在職勞工應施行定期健康檢查；對從事特別危害健康之作業者，應定期施行特定項目之健康檢查；並建立健康檢查手冊，發給勞工。…勞工對於第一項之檢查，有接受之義務」，…。同條第 2 項復規定：對於勞工體格及健康檢查紀錄之處理，應考慮勞工隱私權。
- 二、校園衛生法第 8 條規定「學校應建立學生健康管理制，定期辦理學生健康檢查；必要時，得辦理學生及教職員工臨時健康檢查或特定疾病檢查。」
前項學生健康檢查之對象、項目、方法及其他相關事項之實施辦法，由中央主管機關會同中央衛生主管機關定之。
- 三、體格檢查或健康檢查法律強制雇主須為勞工辦理之項目，並影響是否偏用或變更工作內容之判斷依據，惟依據醫療法第 72 條規定，醫療機構及其人員因業務而知悉或持有病人病情或健康資訊，不得無故洩漏。另依據電腦處理個人資料保護法第 23 條第 4 款明定須有當事人同意等規定，……，**提醒欲辦理勞工體格及健康檢查之事業單位先取得勞工書面同意後，始得提供檢查結果，以期符合法律規定。**

本人知悉上述說明，**並同意繳交個人健康檢查紀錄結果之文件。**

此 致

慈濟大學

單位/職稱：

到職日：

立同意書人姓名： (簽名)

身份證統一編號：

環安中心簽收：

中 華 民 國 年 月 日

註：

- (1) 本文件請回擲人事室存檔，新進報到手續才算完成。
- (2) 敬請於到職 2 週內完成補件。

慈濟大學 新進人員健康檢查			
單位	姓名	身份證字號	到職日
健檢類別：一般新進員工			
人事室：		填單日期：	
說明：1. 慈濟醫學中心可提供體檢服務、收費享有員工優待；若至慈濟醫學中心健檢者，請憑本單掛號並且至家醫科檢查。 2. 本單一式二聯，各由醫事組、家醫科存查。			

慈濟大學 新進人員健康檢查			
單位	姓名	身份證字號	到職日
健檢類別：一般新進員工			
人事室：		填單日期：	
說明：1. 慈濟醫學中心可提供體檢服務、收費享有員工優待；若至慈濟醫學中心健檢者，請憑本單掛號並且至家醫科檢查。 2. 本單一式二聯，各由醫事組、家醫科存查。			

慈濟學校財團法人慈濟大學健康(體格)檢查表

一、基本資料：

身分證字號：

生日：

檢查日期：

姓名：

性別：

===== 【以下第二點至第六點為職安署規定必填項目，未勾選者報告以拒填寫方式呈現】 =====

二、 檢查時期	<input type="checkbox"/> 新進員工(受僱時) <input type="checkbox"/> 定期檢查		受僱日期____年____月____日	
	事業單位名稱：			
三、 作業經歷	1.曾經從事	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____	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.是否需輪班： <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 兩班制 <input type="checkbox"/> 三班制 <input type="checkbox"/> 四班制 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 否			
	4.過去1個月，平均每週工時為_____小時(請以檢查日前1個月填寫) 過去6個月，平均每週工時為_____小時(請以檢查日前6個月填寫)			
四、 既往病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 慢性氣管炎、肺氣腫 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 手術開刀_____ <input type="checkbox"/> 其他慢性病_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無			
五、 生活習慣	1.請問您過去一個月內是否有吸菸？ <input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 偶爾吸(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎) 每天吸，平均每天吸_____支，已吸菸_____年 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 從未嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 偶爾嚼(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎) 每天嚼，平均每天嚼_____顆，已嚼_____年 <input type="checkbox"/> 已經戒食，戒了_____年_____個月 3.請問您過去一個月內是否有喝酒？ <input type="checkbox"/> 從未喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎) 每天喝，平均每週喝_____次，最常喝_____酒，每次_____瓶 <input type="checkbox"/> 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			
六、 自覺症狀	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 上背痛 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 手腳麻痛 <input type="checkbox"/> 關節疼痛 <input type="checkbox"/> 排尿不適 <input type="checkbox"/> 多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 體重減輕3公斤以上 <input type="checkbox"/> 其他症狀_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無			

===== 【以下由醫護人員填寫】 =====

七、 檢查項目	身高：_____ (公分) 體重：_____ (公斤) 血壓：_____ / _____ (mmHg) 脈搏：_____ (次/分)			
	腰圍：_____ (公分) 視力(裸視)：右_____左_____ 視力(矯正)：右_____左_____			
	辨色力： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常		聽力： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常	
	頭頸部： <input type="checkbox"/> 無異常 (結膜、淋巴腺、甲狀腺) <input type="checkbox"/> 異常		呼吸系統： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常	
	心臟血管系統： <input type="checkbox"/> 無異常 (心律、心雜音) <input type="checkbox"/> 異常		消化系統： <input type="checkbox"/> 無異常 (黃疸、肝臟、腹部) <input type="checkbox"/> 異常	
	神經系統： <input type="checkbox"/> 無異常 (感覺) <input type="checkbox"/> 異常		肌肉骨骼： <input type="checkbox"/> 無異常 (四肢) <input type="checkbox"/> 異常	
	皮膚： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常		問診： <input type="checkbox"/> 無異常 (自覺狀態與睡眠概況等) <input type="checkbox"/> 異常	
1.生化血液檢查： <input type="checkbox"/> 血糖_____ mg/dL、 <input type="checkbox"/> 血清丙胺酸轉胺酶(ALT)_____ IU/L、 <input type="checkbox"/> 肌酸酐_____ mg/dL、 <input type="checkbox"/> 膽固醇_____ mg/dL <input type="checkbox"/> 三酸甘油脂_____ mg/dL、 <input type="checkbox"/> 高密度脂蛋白膽固醇_____ mg/DL、 <input type="checkbox"/> 低密度脂蛋白膽固醇_____ mg/dL 2.血液檢查： <input type="checkbox"/> 血色素_____ g/dL、 <input type="checkbox"/> 白血球_____ 10 ³ /uL 3.尿液檢查： <input type="checkbox"/> 尿蛋白_____ mg/dL、 <input type="checkbox"/> 尿潛血_____ mg/dL 4.儀器檢查： <input type="checkbox"/> 胸部 X 光_____ 5.其他經中央主管機關規定之檢查：_____				
八、 應處理 及注意 事項	1. <input type="checkbox"/> 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。 2. <input type="checkbox"/> 檢查結果部分異常，宜在_____ (期限) 內至醫療機構_____ 科，實施健康追蹤檢查。 3. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議不適宜從事_____ 作業，請說明原因_____。 4. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議調整工作，請說明原因_____。 <input type="checkbox"/> 縮短工作時間、 <input type="checkbox"/> 更換工作內容、 <input type="checkbox"/> 變更作業場所、 <input type="checkbox"/> 其他：_____。 5. <input type="checkbox"/> 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		

注意事項：1.未蓋關防者無效。2.自檢查日起三個月內有效。3.得視受檢人需要施行重點檢查。