**檢查日期**：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**慶昇醫院-健康管理中心 健康檢查紀錄表**

□不含供膳 □含供膳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **手機** |  | **性別** |  | **到職日** |  |
| **年齡** | **歲** | | **身份證字號** |  | **生日** |  | **病歷號碼** |  |
| **套組名稱** |  | | | | **□月結：　　　□現收：500** | | | |
| **報告領取** | **□自取(等簡訊) □合約規定交予公司 □掛號郵寄+28元(收費及簽章)：** | | | | | | | |
| **寄件地址(正楷書寫)** | |  | | | | | | |

★**本人(親簽)：**

同意本次 □新進員工體檢 □年度體檢，**並提供檢查結果予任職單位及醫院做為健康管理及促進之用。**

★(女性填寫)本次體檢，**本人(親簽)：** 為□未懷孕　□懷孕　狀態受檢**。**

因應【嚴重特殊傳染性肺炎】疫情，為配合政策，請您先協助回答下列問題，謝謝!

一、體溫: 　　　　 ∘C

二、一個月旅遊史(Trave1):

□無 □有 ; 國家：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；其他縣市地區：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

三、您的職業別(Occupation):

□無 □醫事機構業□餐飲業 □服務業 □旅宿業 □工業 □其他：

四、接觸史(Contact):

□無 □發燒或類流感症狀的患者接觸 □COVID19患者接觸 □其他：

五、近一個月內群聚史(C1uster):

□無 □家人/同事/朋友/同學有發燒或類流感症狀 □其他：

★作業經歷：

1.曾經從事\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，起始日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，截止日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。

2.目前從事\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，起始日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，截止日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。

2-1.目前從事的工作是否需要輪班：□否 □是，□兩班制 □三班制 □其他：

3.過去一個月，平均每週工時為：\_\_\_\_小時；過去6個月，平均每週工時為：\_\_\_\_\_\_小時。

★既往病史：您是否曾患有下列慢性疾病或手術：（請在適當項目前打勾）

□無 □高血壓 □糖尿病 □心臟病 □中耳炎 □白內障 □中風 □癲癇   
□氣喘 □聽力障礙 □腎臟病 □肺結核 □甲狀腺疾病 □肝病(B、C) □貧血   
□慢性氣管炎、肺氣腫 □消化性潰瘍、胃炎 □逆流性食道炎 □癌症\_\_\_\_\_\_   
□骨折(部位)： □手術開刀(部位)： □其他疾病：

□肺結核 □A型肝炎 □傷寒 □梅毒 □其他傳染病：

★生活習慣：

1. 請問您是否有吸菸？

□無 □偶爾 □(幾乎)每天吸，平均每天吸＿＿＿＿＿支，已吸＿＿＿＿＿年 □已戒菸＿＿＿年＿＿＿月

2. 請問您是否有喝酒？

□無 □偶爾 □(幾乎)每天喝，平均每週喝＿＿＿＿＿次，最常喝＿＿＿＿酒 □已戒酒＿＿＿年＿＿＿月

3. 請問您是否有嚼食檳榔？

□無 □偶爾 □(幾乎)每天嚼，平均每天嚼＿＿＿＿＿顆，已嚼＿＿＿＿＿年 □已戒食＿＿＿年＿＿＿月

4.請問您於工作日期間，平均每天睡眠時間為：＿＿＿＿＿小時。

★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）

□無 □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：1.皮膚：□皮膚出疹 □皮膚潰爛 □外傷傷口 □膿瘡

2.眼睛：□眼睛痛 □眼睛分泌物增加

3.其他：□發燒 □食慾不振 □嘔吐

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **操作者簽章** | **項目** | | | | | | | | | | | |
|  | 身高 公分 | | | | 體重 公斤 | | | | 腰圍 公分 | | | |
|  | 1.血壓 / 脈搏 | | | | | | 2.血壓 / 脈搏 | | | | | |
|  | 視力 □裸視 □矯正　左眼 右眼 □無法測量原因： | | | | | | | | | | | |
|  | 辨色力 □正常 □異常 □無法測量原因： | | | | | | | | | | 人體組成分析 | |
|  | 聽力 | 左耳 □正常 □異常 □無法測量原因： | | | | | | | | |  | |
| 右耳 □正常 □異常 □無法測量原因： | | | | | | | | |
|  | 胸部X光 □拒照(親簽)(原因)： | | | | | | | | | |
|  | 抽血 □飯前 □飯後 | | | | | | | | | |
|  | 繳交尿液 □生理期 | | | | | | | | | |
|  | 糞便檢查 □已繳回 □待繳回，已領管 | | | | | | | | | |
|  | 超音波 □上腹部 □頸動脈 □甲狀腺 □攝護腺 □骨盆腔 □乳房 | | | | | | | | | |
|  | 手腕型骨密T值： | | | | | | | | | |
|  | 心電圖 | | | | | | | | | |
|  | 肺功能 FVC FEV1 FEV1/FVC | | | | | | | | | |
|  | 眼壓 左 右 | | | | | | | | | |
| 聽力 | 500 | | 1000 | 2000 | | 3000 | | 4000 | | 6000 | | 8000 |
| 右 |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 左 |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |

請至 樓 診，執行 □醫師問診 □心電圖判讀 □腹部超音波

並將體檢單**繳回體檢櫃檯**，即完成體檢

各系統物理檢查：(由醫師填寫)

【1】頭頸部 □無明顯異常 □結膜蒼白 □淋巴結腫大 □甲狀腺腫大 □其他：

【2】呼吸系統 □無明顯異常 □氣喘 □囉音 □喘鳴 □其他：

【3】心臟血管系統 □無明顯異常 □心律不整 □心雜音 □其他：

【4】消化系統 □無明顯異常 □肝脾腫大 □腹部壓痛 □其他：

【5】神經系統 □無明顯異常 □其他：

【6】四肢肌肉骨骼 □無明顯異常 □其他：

【7】皮膚外觀 □無明顯異常 □其他：

【8】癲病 □無明顯異常 □其他：

【9】精神病 □無明顯異常 □其他：

【10】傳染性皮膚病 □無明顯異常 □其他：

【11】傳染性眼疾 □無明顯異常 □其他：

【12】問診(既往病史、自覺症狀及睡眠狀況等)

□依主訴及問診，保持自主健康管理即可

　　□依主訴及問診，建議至 □家醫科 □耳鼻喉科 □眼科 □骨科 □皮膚科 □精神科

□職醫科 □其他：

😊**醫生簽章：**

□續後頁