

國立陽明交通大學
新進教職員工定期一般健康檢查紀錄
National Yang Ming Chiao Tung University
General physical examinations for new faculty and staff

一、基本資料 Basic Information			
校區 Campus	<input type="checkbox"/> 陽明校區 Yangming <input type="checkbox"/> 交大校區 Chiaotung	部門/科系 Department	
職稱 job title		學號/員工號 Student/Employee ID	
姓名 Name		出生日期 Birth date	年 月 日 (YYYY/MM/DD)
年齡 Age		身分證字號 ID number	
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 male <input type="checkbox"/> 女 female	健檢日期 Examination date	年 月 日 (YYYY/MM/DD)
連絡電話 Phone Number		到職日期 Employed date	
二、作業經歷 Work experience			
<p>1. 曾經從事 Previous work experience _____，起始日期 start from：____年__月 (YYYY/DD)，截止日期 Leaved Date：____年__月 (YYYY/DD)，共 total ____年 year __月 month.</p> <p>2. 目前從事 Current job _____，起始日期 start from：____年__月 (YYYY/DD)，截止日期 Leaved Date：____年__月 (YYYY/DD)，共 total ____年 year __月 month.</p> <p>3. 過去 1 個月，平均每週工時為 Average working hour per week for past month：____小時 hours；過去 6 個月，平均每週工時為 Average working hour per week for past six months：____小時 hours.</p>			
三、既往病史 Medical History			
<p>您是否曾患有下列慢性疾病：(請在適當項目前打勾) Do you have/had the following diseases. Please check the appropriate item)</p> <p><input type="checkbox"/>高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/>糖尿病 diabetes <input type="checkbox"/>心臟病 heart disease</p> <p><input type="checkbox"/>癌症 cancer _____ <input type="checkbox"/>白內障 cataracts <input type="checkbox"/>中風 stroke <input type="checkbox"/>癲癇 epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/>氣喘 asthma <input type="checkbox"/>慢性氣管炎、肺氣腫 chronic bronchitis, emphysema</p> <p><input type="checkbox"/>肺結核 tuberculosis <input type="checkbox"/>腎臟病 Renal disease <input type="checkbox"/>肝病 Hepatitis <input type="checkbox"/>貧血 anemia</p> <p><input type="checkbox"/>中耳炎 otitis <input type="checkbox"/>聽力障礙 hearing impairment <input type="checkbox"/>甲狀腺疾病 thyroid disease</p> <p><input type="checkbox"/>消化性潰瘍、胃炎 peptic ulcer, gastritis <input type="checkbox"/>逆流性食道炎 reflux esophagitis</p> <p><input type="checkbox"/>骨折 fractures _____ <input type="checkbox"/>手術開刀 Surgery _____</p> <p><input type="checkbox"/>其他慢性病 Other chronic diseases _____ <input type="checkbox"/>以上皆無 none of the above</p>			

四、生活習慣 Living habits

1. 請問您過去一個月內是否有吸菸？ Have you smoked in the past month?

- 從未 never 偶爾(不是天天) Sometimes (not every day)
- (幾乎) 每天(almost) every day, 平均每天吸__支 an average of __ cigarettes per day, 已吸菸__年 and have been smoking __ years
- 已戒, 戒了__年__個月 has quit smoking, for __ years and __ months.

2. 請問您過去一個月內是否有喝酒？ Did you drink alcohol during the past month?

- 從未 never 偶爾(不是天天) Sometimes (not every day)
- (幾乎) 每天(almost) every day, 平均每週喝__次 average __ times a week, 最常喝__酒 Usually drink_____(type of drink), 每次__瓶 Everytime _____ bottles
- 已戒, 戒了__年__個月 has quit drinking, for __ years and __ months.

3. 請問您最近六個月內是否有嚼食檳榔？ Have you been chewing betel nuts during the past six months

- 從未 never 偶爾(不是天天) Sometimes (not every day)
- (幾乎) 每天(almost) every day, 平均每天嚼__顆 an average of ____ pills per day, 已嚼__年 have been chewing __ years
- 已戒, 戒了__年__個月 has quit chewing betel nuts for __ years and __ months.

4. 請問您於工作日期間, 平均每天睡眠時間為 What is your average daily sleep time during a working day : ____小時 hours.

五、自覺症狀 Subjective symptoms

您最近三個月是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾) Do you have any of these symptoms during the past three months : (Please check the suitable item)

- 咳嗽 cough 咳痰 sputum 呼吸困難 dyspnea 胸痛 chest pain
- 心悸 palpitation 頭暈 dizziness 頭痛 headache 耳鳴 tinnitus
- 倦怠 fatigue 噁心 nausea 腹痛 abdominal pain 便秘 constipation
- 腹瀉 diarrhea 血便 bloody stool 上背痛 upper back pain
- 下背痛 lower back pain 手腳麻痛 Limb numbness 關節疼痛 joint pain
- 排尿不適 Dysuria 多尿、頻尿 polyuria, frequent urination
- 手腳肌肉無力 muscle weakness
- 體重減輕 3 公斤以上 Loss of weight for more than 3Kg
- 其他症狀 other_____
- 以上皆無 none of the above

==== 【以下由醫護人員填寫 The following information is to be filled in by medical staff】 ====

六、檢查項目 Inspection items					
身高 height	(cm)	體重 weight	(kg)	腰圍 waistline	(cm)
脈搏 pulse		血壓 Blood pressure	_____/_____ mmHg	BMI	
辨色力 Color Differentiation			聽力 Hearing Acuity	左 Left	右 Right
視力 vision	<input type="checkbox"/> 裸視 Uncorrected <input type="checkbox"/> 矯正 Corrected		左 Left	右 Right	
各系統或部位身體檢查及問診 Physiological Assessment and Inquiry	頭頸部（結膜、淋巴腺、甲狀腺） Head and neck (conjunctiva, lymph glands, thyroid)				
	呼吸系統 respiratory				
	心臟血管系統（心律、心雜音） Cardiovascular system (rhythm, heart murmur)				
	肌肉骨骼（四肢） Muscles/Bones/Joints (Limbs)				
	消化系統（黃疸、肝臟、腹部） Digestive system (jaundice, liver, abdomen)				
	神經系統（感覺） Nervous system (sensory)				
	皮膚 skin				
問診（自覺症狀與睡眠概況等） Self-state symptoms and sleep status					
胸部 X 光攝影結果 Chest X-ray results					
檢查項目 Examination Items	結果 result value	參考值 reference value	檢查項目 Examination Items	結果 result value	參考值 reference value
尿蛋白 Urine Protein			肌酸酐 creatinine		
尿潛血 Urine Occult Blood			飯前血糖 Fasting Plasma Glucose		
白血球 WBC			膽固醇 Cholesterol		
血紅素 Hb			三酸甘油酯 TG		

血清丙胺酸轉 胺酶 ALT			高密度脂蛋白 膽固醇 HDL		
醫師評語與建議 doctor suggested		<p>1. <input type="checkbox"/> 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。 Results are generally normal, please regular follow up.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 檢查結果部分異常，宜在 (_____) 內至醫療機構 _____ 科，接受進一步追蹤檢查。 Results of the examination are partially abnormal. It is recommended to follow up further. Should be go to the Medical institution _____ (Department) and follow up within _____ (yyyy-mm-dd).</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議不適宜從事 _____ 作業。 (原因： _____)。 The results of inspection report are abnormal, it's recommended that it's not suitable to engage In _____ (Work) . (Reason: _____).</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 檢查結果異常，建議調整工作 (可複選)： Results are abnormal, it is recommended to adjust the work (can be selected/Multiple-choice).</p> <p><input type="checkbox"/> 縮短工作時間 Reduce working hours (原因 reason： _____)。</p> <p><input type="checkbox"/> 更換工作內容 Change work content (原因 reason： _____)。</p> <p><input type="checkbox"/> 變更作業場所 Change workplace (原因 reason： _____)。</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 其他 Other: : _____ (原因 reason： _____)。</p>			
		<p>健檢機構 Name of the medical institution for the health exam (名稱、電話、地址)(Name, phone number, address)</p> <p>健檢醫師 Doctor's signature (姓名/簽章及證書字號)(Name and Identification number)</p>			

註：如有任何問題請洽衛生保健組 Note: Please contact Health Center with any questions

1. 陽明校區：賴淑惠 護理師 02-28267000 分機 62952

Yangming Campus: Lai Shuhui Nurse 02-28267000 Ext. 62952

2. 交大校區：洪韶君 護理師 03-5712121 分機 51109

Chiaotung Campus: Hung Shao-Chun, Nurse, 03-5712121, Ext. 51109