

游離輻射工作人員特殊體格及健康檢查紀錄

一、基本資料

- 1.姓名：_____ 2.性別：男 女 3.婚姻：已 未 4.受僱日期____年____月____日
5.身分證字號：_____ 6.出生日期____年____月____日 7.檢查日期____年____月____日

二、作業經歷

1.作業與輻射曝露相關者：

- (1)曾經在礦區工作？是否；如是，作業名稱：_____日期：起____年____月迄____年____月
(2)曾經從事游離輻射工作之作業名稱：_____日期：起____年____月迄____年____月
(3)目前從事游離輻射工作之作業名稱：_____日期：起____年____月迄____年____月
是否常戴呼吸防護面具？ 是 否 偶爾戴

2.曾從事核電廠以外作業與輻射曝露無關者：

- (1)作業名稱：a、_____日期：起____年____月迄____年____月
b、_____日期：起____年____月迄____年____月

3.其他調查：

- (1)曾否在化學場所工作？ 是 否；若勾「是」，請說明_____
(2)曾否因健康關係限制工作？ 是 否；若勾「是」，請說明_____
(3)曾否因健康關係停止工作？ 是 否；若勾「是」，請說明_____

4.至本次體格(健康)檢查前一個月之累積劑量：

- a、一般曝露之有效劑量_____(毫西弗) b、緊急曝露之有效劑量_____(毫西弗)
c、計劃特別曝露之有效劑量_____(毫西弗) d、常接觸之輻射源？核種名稱：_____

三、檢查時期(原因)：新進員工(受僱時) 變更特殊作業 定期檢查 健康追蹤檢查

四、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)

- 1.甲狀腺疾病：甲狀腺結節、腫瘤 甲狀腺功能異常(亢進或低下) 無
2.血液疾病：缺鐵性貧血 海洋性貧血 其他_____ 無
3.肝臟疾病：B型肝炎 C型肝炎 脂肪肝 酒精性肝炎
藥物性肝炎 無
4.其他：生殖系統疾病(不孕、女性月經異常) 眼疾(白內障) 皮膚病
高血壓 糖尿病 慢性腎臟病 心臟疾病
呼吸疾病 腸胃疾病 其他_____

5.以上皆無

五、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

六、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)

- 1.甲狀腺疾病：體重增加或減輕3公斤以上 心悸 便秘或腹瀉
2.血液疾病：倦怠 頭暈
3.呼吸系統：咳嗽 胸痛 呼吸困難
4.其他：視力模糊 嘔吐 皮膚紅斑 女性月經異常 其他_____
5.以上皆無

【填表說明】

- 一、請受檢員工於勞工健檢前，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。
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】=====

七、檢查項目

1. 基本項目：身高____公分；體重____公斤；腰圍____公分；血壓____/____mmHg
視力(矯正)：左____右____；辨色力測試：正常 辨色力異常
2. 各系統或部位理學檢查：
(1)頭、頸部【眼睛(含白內障)、甲狀腺結節、腫瘤、淋巴結】
(2)心臟(3)肺臟(4)神經系統(5)消化系統(6)泌尿系統(7)骨骼、關節、肌肉(8)皮膚(紅斑)(9)口腔癌
檢查結果摘要：_____
心智及精神狀況：_____
3. 胸部 X 光：_____
4. 肺功能檢查(包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0})) _____
5. 甲狀腺功能檢查：T3：____ug/ml、T4：____ug/ml、TSH：____uIU/ml
6. 生化血液檢查：血清丙胺酸轉胺酶(ALT)：____U/L 肌酸酐(creatinine)：____mg%
7. 血液檢查：
紅血球數：____M/mm³ 血色素：____gm% 血球比容值：____% 血小板數：____10⁴/mm³
白血球數：____10³/mm³ 白血球分類：帶狀嗜中性白血球(Band N.)____%
節狀嗜中性白血球(Segmented N.)____% 淋巴球(Lymphocyte)____% 單核球(Monocyte)____%
嗜伊紅性白血球(Eosinophil)____% 嗜鹼性白血球(Basophil)____%
8. 尿液檢查：尿糖____ 尿蛋白____ 尿潛血____ 尿沉渣鏡檢(細胞學診斷)_____
- 八、游離輻射作業判定：合格(無任何工作限制 有工作限制，詳見「應處理及注意事項」第3項)
不合格(請註明備註6條件項目：_____)

九、健康追蹤檢查：

- 1.檢查日期：____年____月____日，重新判定結果：合格 不合格
2.檢查項目(1)____(2)____(3)____
3.檢查結果(1)____(2)____(3)____

十、作業環境資料：

- 1.依據勞工健康保護規則第13條第2項規定，游離輻射不屬於工作環境測定實施辦法中應實施測定項目者，故建議改以人員劑量做為判定結果之依據。
2.健康管理為第三級管理以上，請註明影響判定結果之人員劑量_____

十一、健康管理

- 第一級管理
第二級管理(應由醫師註明其不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項)
第三級管理(應註明臨床診斷)_____
第四級管理(應註明臨床診斷)_____

十二、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.檢查結果異常，應在(期限)內至醫療機構____科，實施健康追蹤檢查A。(適用二級管理，且不合格者)
3.檢查結果異常，不適宜 進空浮區進污染區單獨操作其他作業：_____
不可佩戴面罩限制佩戴面罩
4.檢查結果異常，應在(期限)內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查B。(適用三級以上管理)
5.檢查結果異常，應考量調整工作。(請說明原因：_____)
6.其他：_____

檢查醫療
機構印信

健檢機構名稱、電話、地址：
健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：

體檢表內容塗改處請醫師核章