

台灣電力股份有限公司
游離輻射作業勞工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.身分證字號(護照號碼)：_____
4.出生日期__年__月__日 5.受僱日期__年__月__日 6.檢查日期__年__月__日
7.事業單位名稱(廠別)_____地址_____

二、作業經歷

- 1.曾經從事_____，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，截至__年__月，共__年__月
3.從事游離輻射作業平均每日工時為_____小時

- 三、檢查時期(原因)：新進員工(受僱時) 變更作業
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.內分泌：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 心臟病 呼吸疾病 腸胃疾病
其他_____ 無
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.內分泌系統：體重增加或減輕3公斤以上 心悸 便秘或腹瀉
2.血液系統：倦怠 頭暈
3.呼吸系統：咳嗽 胸痛 呼吸困難
4.其他：視力模糊 噁心 嘔吐 皮膚紅斑 女性月經異常 其他_____
5.以上皆無

七、作業環境監測資料

- 1.有無依游離輻射防護法實施作業環境或個別劑量監測？ 有 無

===== 【以下由醫療機構醫護人員填寫】 =====

八、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. 各系統或部位身體檢查：
 - (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
3. 心智及精神狀況
4. 胸部 X 光：_____
5. 肺功能檢查(包括用力肺活量(FVC)、一秒最大呼氣量(FEV_{1.0}))
6. 甲狀腺功能檢查：T3___、T4___、TSH___
7. 生化血液檢查：血清丙胺酸轉胺酶(ALT)_____ 肌酸酐(creatinine)_____
8. 血液檢查：紅血球數_____ 血色素_____ 血球比容值_____
白血球數_____ 白血球分類_____ 血小板數_____
9. 尿液檢查：尿糖___ 尿蛋白___ 尿潛血___ 尿沉渣鏡檢(細胞學診斷)_____

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期___年___月___日

2. 檢查項目

- (1)_____
- (2)_____
- (3)_____
- (4)_____
- (5)_____

十、健康管理

- 第一級管理
- 第二級管理
- 第三級管理(應註明臨床診斷)_____
- 第四級管理(應註明臨床診斷)_____

十一、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，宜在(期 限)內至醫療機構_____科，實施健康追蹤檢查。
3. 檢查結果異常，建議不適宜從事下列作業(請說明原因)。
 - 游離輻射作業(不得進入輻射管制區工作)
 - 原因：
 - 惡性腫瘤：_____
 - 血液疾病：_____

內分泌疾病：_____

精神與神經異常：_____

眼睛疾病：_____

其他：_____

原因：_____

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。

5. 檢查結果異常，建議調整工作（可複選）：

縮短工作時間（請說明原因：_____）。

更換工作內容（請說明原因：_____）。

不宜單獨操作

原因：_____

變更作業場所（請說明原因：_____）。

不宜進入放射性污染區工作（不可穿戴防護衣物、裝具及使用去污藥品）

原因：_____

不宜進入空浮放射性區工作（不可穿戴面罩）

原因：_____

其他：_____（請說明原因：_____）。

6. 其他：

佩帶面罩適可性分類：

不可戴面罩（不宜進入空浮區工作）

限制戴面罩（不宜戴面罩，但必要時可佩帶，唯必須有人陪伴工作，發現不適時，應立即離開現場，取下面罩）

可以戴面罩

其他：_____

健檢機構名稱、電話、地址：

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：