

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<sub>1.0</sub>))
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