

本院為勞動局勞工體格及健康檢查認可醫療機構

健檢組自費檢查

▲理學體格檢查(250元)(報告體檢隔天上午取)

★請先電話預約★02-2307-6925 或 02-2307-6978 轉 1201、1202

理學檢查 201812 修訂

體格健康檢查紀錄(理學檢查)病歷號: _____

一、基本資料

- | | |
|------------------------|--|
| 1. 姓名: | 2. 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 |

照片黏貼處

=====【以下由醫護人員填寫】=====

二、理學檢查

1. 身高: _____公分, 體重: _____公斤
2. 血壓: _____/_____mmHg, 脈搏 _____次/分, 腰圍: _____公分
3. 聽力檢查: _____
4. 視力: (裸視)右 _____左 _____ (矯正)右 _____左 _____
5. 辨色力測試: _____
6. 各系統或部位身體檢查及問診:
 - (1) 頭頸部(結膜、淋巴腺、甲狀腺):
 - (2) 呼吸系統:
 - (3) 心臟血管系統(心律、心雜音):
 - (4) 消化系統(黃疸、肝臟、腹部):
 - (5) 神經系統(感覺):
 - (6) 肌肉骨骼(四肢):
 - (7) 皮膚、眼疾:
 - (8) 問診(自覺症狀與睡眠概況等):

三、檢驗項目

四、應處理及建議事項:

健檢機構名稱、電話、地址: 西園醫療社團法人西園醫院02-2307-6925 台北市萬華區西園路二段270號
健檢醫師姓名(簽章)及證書字號:

▲衛生局供膳人員健康檢查(選驗 IgM 1150元)(報告交大便檢體日+14天取/不含例假日)

★請先電話預約★02-2307-6925 或 02-2307-6978 轉 1201、1202

供膳檢查 201812 修訂

衛生局供膳人員健康檢查紀錄(供膳檢查)病歷號: _____

一、基本資料

- | | |
|-----------------|--|
| 1. 姓名: | 2. 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 3. 身分證字號(護照號碼): | 4. 出生日期____年____月____日 |
| 5. 地址:(請自行填寫) | 6. 檢查日期____年____月____日 |

照片黏貼處

=====【以下由醫護人員填寫】=====

三、檢查項目

1. 身高: _____公分; 體重: _____公斤
2. 理學身體檢查及問診:
 - (1) 手部皮膚病: _____
 - (2) 出 疹: _____
 - (3) 膿 瘡: _____
 - (4) 外 傷: _____
 - (5) 眼 疾: _____
3. 胸部X光: _____
4. A型肝炎抗體(擇一檢查)anti-HAV IgM: _____
anti-HAV IgG: _____
5. 糞便檢查: 阿米巴原蟲 _____
志賀桿菌(痢疾) _____
沙門氏桿菌(傷寒/副傷寒) _____

四、應處理及建議事項:

健檢機構名稱、電話、地址: 西園醫療社團法人西園醫院02-2307-6925 台北市萬華區西園路二段270號
健檢醫師姓名(簽章)及證書字號:

▲勞工一般體格檢查(新進 1100 元/定期 1200 元)(報告體檢+10 天取/不含例假日)

★請先電話預約★02-2307-6925 或 02-2307-6978 轉 1201、1202

★檢查前請空腹 8 小時

一般新進/定期 201812 修訂

附表十 勞工一般體格及健康檢查紀錄(一般新進/定期)病歷號: _____

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

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, 截止日期: ____年____月, 共____年____月
3. 過去1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

三、檢查時期(原因): 新進員工(受僱時) 定期檢查

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)

- 高血壓 糖尿病 心臟病 癌症____ 白內障 中風
癩癩 氣喘 慢性氣管炎、肺氣腫 肺結核 腎臟病
肝病 貧血 中耳炎 聽力障礙 甲狀腺疾病 消化性潰瘍、胃炎
逆流性食道炎 骨折____ 手術開刀____ 其他慢性病____
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。
4. 請問您於工作日期間, 平均每天睡眠時間為: ____小時。

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)

- 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 手脚麻痛 關節疼痛 排尿不適 多尿、頻尿
手脚肌肉無力 體重減輕3公斤以上 其他症狀____ 以上皆無

填表說明

- 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; 若事業單位已提供受檢員工基本資料及作業經歷電子檔給認可醫療機構, 可不必請受檢員工重複填寫。
- 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. 身高：_____公分，體重：_____公斤
2. 血壓：_____/____mmHg，脈搏_____次/分，腰圍：_____公分
3. 聽力檢查：_____
4. 視力：(裸視)右_____左_____ (矯正)右_____左_____
5. 辨色力測試：_____
6. 各系統或部位身體檢查及問診：
 - (1) 頭頸部 (結膜、淋巴腺、甲狀腺)
 - (2) 呼吸系統
 - (3) 心臟血管系統 (心律、心雜音)
 - (4) 消化系統 (黃疸、肝臟、腹部)
 - (5) 神經系統 (感覺)
 - (6) 肌肉骨骼 (四肢)
 - (7) 皮膚
 - (8) 問診 (自覺症狀與睡眠概況等)
7. 胸部X光：_____
8. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____
9. 血液檢查：血色素_____ 白血球_____
10. 生化血液檢查：血糖_____ 血清丙胺酸轉胺酶(ALT)_____
肌酸酐(creatinine)_____ 膽固醇_____ 三酸甘油酯_____
高密度脂蛋白膽固醇_____ 低密度脂蛋白膽固醇_____
11. 其他經中央主管機關規定之檢查：無

八、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. 檢查結果部分異常，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_____作業。(請說明原因：_____)。
4. 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：_____)。
 - 變更作業場所(請說明原因：_____)。
 - 其他：_____ (請說明原因：_____)。
5. 其他：_____。

健檢機構名稱、電話、地址：西園醫療社團法人西園醫院02-2307-6925台北市萬華區西園路二段270號

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：

備註：

1. 各系統或部位身體檢查，健檢醫師應依各別員工之實際狀況，作詳細檢查。
2. 低密度脂蛋白膽固醇，體格檢查時不需檢測。
3. 先天性辨色力異常者，定期健康檢查時不需檢測。
4. 辦理口腔癌、大腸癌、女性子宮頸癌及女性乳癌之篩檢者，得經勞工同意執行，其檢查結果不列入健康檢查紀錄表，認可醫療機構應依中央衛生福利主管機關規定之篩檢對象、時程、資料申報、經費及其他規定事項辦理檢查與申報資料，篩檢經費由國民健康署支付。

▲公務人員健檢(A/B 二擇一)(3500 元)(報告體檢 30 天取)

★請先電話預約★02-2307-6925 或 02-2307-6978 轉 1201、1202

★檢查前請空腹 8 小時

- (1) 一般理學檢查、身體評估、身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、視力、辨色力、音叉聽力
- (2) 尿液常規檢查
- (3) 血液常規檢查
- (4) 肝功能檢查、腎功能檢查
- (5) 血脂肪檢查、血糖檢查
- (6) 腹部超音波
- (7) 梅毒檢查、愛滋病檢查(如不需檢驗，可現場提出拒絕)
- (8) A 方案:胸部 X 光攝影、靜式心電圖
B 方案:：肝癌測試(AFP)、癌胚胎抗原檢查 癌胚胎抗原檢查(CEA)

▲高階健檢(8000 元)(報告體檢 30 天取)

★請先電話預約★02-2307-6925 或 02-2307-6978 轉 1201、1202

★檢查前請空腹 8 小時

- (1) 一般理學檢查、身體評估、身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、視力、辨色力、音叉聽力
- (2) 尿液常規檢查
- (3) 血液常規檢查
- (4) 肝功能檢查、腎功能檢查
- (5) 血脂肪檢查、血糖檢查
- (6) 腹部超音波
- (7) 梅毒檢查、愛滋病檢查(如不需檢驗，可現場提出拒絕)
- (8)發炎指數檢查、電解質檢查、胰臟澱粉酶 (Amylase)、(Amylase)、心肌酵素：肌酸磷化酶(CPK)、甲狀腺檢查、肝癌指數檢查、肝癌指數檢查(AFP)、癌胚胎抗原檢查 癌胚胎抗原檢查 (CEA)
- (9)胸部 X 光攝影(CXR)、腹部 X 光檢查 (KUB)、腰椎 X 光(L-Spine)、骨骼密度檢查、靜式心電圖 (Resting EKG)、(Resting EKG)、肺功能測試(PFT)

▲富邦人壽免費健康檢查通知書(免費)(報告體檢 30 天取)

★請先電話預約★02-2307-6925 或 02-2307-6978 轉 1201、1202

★檢查前請空腹 8 小時

A 級檢查、B 級檢查、C 級檢查、D 級檢查套餐內容依通知書背面之說明

▲壽險照單體檢(費用依照會單規定)

★請先電話預約★02-2307-6925 或 02-2307-6978 轉 1201、1202

★依照會單內之空腹規定

南山人壽、三商人壽、全球人壽、台灣人壽、富邦人壽、友邦人壽(依簽約項目為檢查內容)

公司件 (依簽約報價向保險公司收取)

自費件 (依本院規定收費)