

西園醫院健檢組【自費健檢項目】
本院為勞動局勞工體格及健康檢查認可醫療機構

▲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:

●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 202206 更新修訂

附表十一 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
 7. 事業單位名稱: _____

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, 是否需輪班是 (兩班制 三班制 四班制 其他: _____) 否
 3. 過去1個月, 平均每週工時為: _____小時(請以檢查日前1個月填寫); 過去6個月, 平均每週工時為: _____小時(請以檢查日前6個月填寫)

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 癲癇 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 手腳麻痛 關節疼痛 排尿不適
多尿、頻尿 手腳肌肉無力 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，可不必要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
2. 體重：_____公斤，腰圍：_____公分
3. 血壓：_____/_____mmHg
4. 視力(矯正)：左__右__；辨色力測試：正常 辨色力異常
5. 聽力檢查：正常 異常
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_____

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：

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(4500 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(需事先預約)
- (7) 檢查項目：胸部 X 光攝影、靜式心電圖、肝癌測試(AFP)、癌胚胎抗原檢查(CEA)

▲高階健檢(7500 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(需事先預約)
- (7) 糞便常規檢查、糞便幽門桿菌抗原檢查、糞便潛血檢查
- (8) 甲狀腺檢查、肝癌指數檢查(AFP)、癌胚胎抗原檢查 (CEA)、胰臟腫瘤指數(CA199)、男性-攝護腺癌指數(PSA)、女性-卵巢腫瘤指數(CA125)
- (9) 胸部 X 光攝影(CXR)、腹部 X 光檢查 (KUB)、腰椎 X 光(L-Spine)、頸椎 X 光(C-Spinal)、骨骼密度檢查、靜式心電圖(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

- (1) 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
- (2) 套餐內容有腹部超音波(需事先預約)

▲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)

- (1) 公司件 (依簽約報價向保險公司收取)
- (2) 自費件 (依本院規定收費)