

桃園大眾捷運股份有限公司體格檢查表(行車人員)

檢查原因：新進人員體檢 在職員工定期體檢 轉任/復職體檢 檢查日期 年 月 日

【請受檢人於體檢前填妥檢查表第 1 頁，再交由醫護人員作確認，以有效篩檢出疾病】

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
| 部門/單位： | 職稱： | 員工編號： | 貼相片處 (正面脫帽相片) 加蓋檢查機構騎縫章 |
| 姓名： | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 血型： | |
| 身分證字號： | 出生日期： 年 月 日 | | |
| 聯絡電話： | 聯絡地址： | | |
| 作業 經 歷 | 1.曾經從事 | <input type="checkbox"/> 游離輻射線作業 <input type="checkbox"/> 高架作業(高度 2 公尺以上) <input type="checkbox"/> 醇及酮/苯及苯之衍生物作業(噴漆作業) <input type="checkbox"/> 其他作業_____起訖日期： 年 月至 年 月，共 年 月 | |
| | 2.目前從事 | <input type="checkbox"/> 游離輻射線作業 <input type="checkbox"/> 高架作業(高度 2 公尺以上) <input type="checkbox"/> 醇及酮/苯及苯之衍生物作業(噴漆作業) <input type="checkbox"/> 其他作業_____起訖日期： 年 月至 年 月，共 年 月 | |
| | 3.目前從事之作業是否需上 夜班 (該班次之全部工作時間在晚上 8 時至凌晨 8 時之內)? | <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 每月需上夜班不足 10 天 <input type="checkbox"/> 每月需上夜班 10 天以上 <input type="checkbox"/> 每月需上夜班 20 天以上 | |
| | 4.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 | | |
| 既 往 病 史 | 您是否曾患有慢性疾病 | <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 其他慢性病_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無 <input type="checkbox"/> 手術開刀_____ | |
| | 目前服藥 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，藥名：_____ / 作用：_____ | |
| 生 活 習 慣 | 請問您過去一個月內是否有吸菸? | <input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 偶爾吸(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天吸，平均每天吸_____支，已吸菸_____年 <input type="checkbox"/> 已經戒菸，戒了_____年_____個月。 | |
| | 請問您最近六個月內是否有嚼食檳榔? | <input type="checkbox"/> 從未嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 偶爾嚼(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天嚼，平均每天嚼_____顆，已嚼_____年 <input type="checkbox"/> 已經戒食，戒了_____年_____個月 | |
| | 請問您過去一個月內是否有喝酒? | <input type="checkbox"/> 從未喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天喝，平均每週喝_____次，最常喝_____酒，每次_____瓶 <input type="checkbox"/> 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 | | |
| 自 覺 症 狀 | 您最近三個月是否常有右列症狀： | <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 上背痛 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 手腳麻痛 <input type="checkbox"/> 關節疼痛 <input type="checkbox"/> 排尿不適 <input type="checkbox"/> 多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 體重減輕 3 公斤以上 <input type="checkbox"/> 其他症狀_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無 | |
| <p>本人瞭解桃園大眾捷運股份有限公司行車人員之身心健康必須符合「桃園縣大眾捷運系統行車人員技能體格檢查規則」規定，本人願意揭露個人醫療資訊並接受公司指定之體檢項目，同意將健檢報告提供桃園大眾捷運股份有限公司留存。本人以上所填具之醫療資料皆屬真實，若提供不實或隱匿，致影響檢查結果的有效性，本人願接受懲處並承擔法律相關責任。</p> <p>受檢人簽名_____日期_____</p> | | | |

桃園大眾捷運股份有限公司體格檢查表(行車人員)

【以下由醫護人員填寫】

| | | | | | | | | |
|---|----------|-----------|--------------|-----------|------|------|------|------------------------------------|
| 1.精神狀況： | | 2.脈搏： 次/分 | | 3.呼吸： 次/分 | | | | |
| 4.身高： 公分 | 5.體重： 公斤 | 6.腰圍： 公分 | 7.血壓： / mmHg | | | | | |
| 8.視力：左眼裸視 (矯正)、右眼裸視 (矯正) | | | | | | | | |
| 9.辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，何種顏色_____之色弱 | | | | | | | | |
| 10.夜盲：左眼 _____、右眼 _____ | | | | | | | | |
| 11.斜視或其他重症眼疾：左眼 _____、右眼 _____ | | | | | | | | |
| 12.聽力測驗(請將各音頻檢測結果填入下列欄位) | | | | | | | | |
| 頻率 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 | 純聽力平均值 =(500Hz+1000Hz+2000Hz)/3 |
| 左耳 | | | | | | | | |
| 右耳 | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|---------------------|
| 13.各系統或部位理學檢查 | |
| (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(黃膽、肝臟、腹部)： |
| (5)神經系統(感覺)： | (6)肌肉骨骼(四肢)： |
| (7)皮膚： | (8)口腔： |
| (9)耳道/聽覺器官： | (10)平衡機能： |
| 14.尿液常規檢查(至少應包含下列3項) | |
| (1)尿蛋白： | (2)尿潛血： |
| (3)尿糖： | |
| 15.尿沉渣檢查(至少應包含下列4項) | |
| (1)尿沉渣紅血球： | (2)尿沉渣白血球： |
| (3)上皮細胞： | (4)細菌： |
| 16.藥物檢測 | |
| (1)嗎啡： | (2)安非他命： |
| 17.血液常規檢查(至少應包含下列5項) | |
| (1)血色素： | (2)白血球： |
| (3)紅血球： | (4)血小板： |
| (5)血球容積比： | |
| 18.飯前血糖： | |
| 19.梅毒血清： | |
| 20.肝膽腎功能檢查(至少應包含下列5項) | |
| (1)丙胺酸轉胺酶(ALT/GPT)： | (2)麩草酸轉胺酶(AST/GOT)： |
| (3)肌酸酐(Crea)： | (4)尿素氮： |
| (5)尿酸： | |
| 21.血脂肪檢查 | |
| (1)膽固醇： | (2)三酸甘油脂： |
| (3)高密度脂蛋白膽固醇： | (4)低密度脂蛋白膽固醇： |
| 22.胸部 X 光： | |
| 23.心電圖檢查： | |

桃園大眾捷運股份有限公司體格檢查表(行車人員)

部門/單位：

職稱：

員工編號：

姓名：

醫師理學檢查及體格檢查判定

依據「桃園縣大眾捷運系統行車人員技能體格檢查規則」規定，有下列情形之一者，為體格檢查不合格，不得擔任行車人員。

| 行車人員體格標準判讀項目 | 判定 | 備註 |
|--|--|--|
| 不得為兩耳純聽力平均值超過四十分貝 (DB) 者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 以兩耳純聽力平均值 (500Hz+1000Hz+2000Hz)/3 結果判讀 |
| 不得為兩眼矯正視力未達〇·八以上，或色盲、夜盲、斜視等重症眼疾者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 依本次理學檢查及既往病史判定，且判定裸視未達〇·八以上視為不符合 |
| 不得為慢性酒精中毒者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 依本次既往病史及生活習慣判定 |
| 不得為法定傳染病需隔離治療者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 以胸部 X 光、梅毒血清結果判斷 |
| 不得為語言、知覺、運動或智能等機能障礙、精神異常或癲癇症等發作性神經系統疾病者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 依本次既往病史判定 |
| 不得為平衡機能障礙者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 依本次理學檢查判定 |
| 不得為肺結核病者。但已鈣化或纖維化，無傳染之虞者，不在此限。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 以胸部 X 光結果判定 |
| 不得為藥物依賴或成癮，有妨礙工作之虞者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 依本次既往病史及藥物檢查判定 |
| 不得為發育不全或骨骼與關節疾病或畸形，有妨礙工作之虞者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 依本次理學檢查判定 |
| 不得為高血壓或冠狀動脈疾病，有妨礙工作之虞者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 合格血壓：收縮壓為 140mmHg 以下，舒張壓為 90mmHg 以下 |
| 不得為患有其他重大疾病，足以妨礙工作者。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 | 依本次既往病史判定 |

行車人員體格檢查結果：

1. 符合「桃園縣大眾捷運系統行車人員體格標準」。
2. 體檢項目有異常發現，但體格符合「桃園縣大眾捷運系統行車人員體格標準」。
3. 不符合「桃園縣大眾捷運系統行車人員體格標準」。

體檢異常部分處理及注意事項(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_____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)：
 - (1) 縮短工作時間 (請說明原因：_____)。
 - (2) 更換工作內容 (請說明原因：_____)。
 - (3) 變更作業場所 (請說明原因：_____)。
 - (4) 其他：_____ (請說明原因：_____)。
5. 其他：_____ (請說明原因：_____)。

檢查醫師姓名(簽章)及證書字號： _____ 報告日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

檢查機構名稱：

檢查機構地址：

檢查機構
(加蓋印信)

【請受檢人於體檢後查對各項體檢項目有無或漏登載紀錄，如有漏檢或漏登者，視同未完成體格檢查】