

來往斯里蘭卡人員健康檢查紀錄

| | | | |
|----------------------|---|---|--|
| 姓名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 民國 年 月 日 (__歲) |
| 身分證字號 | | 目的地 | (城市名) |
| 出發日期 | 民國 年 月 日 | 返程日期 | 民國 年 月 日 |
| 作業經歷 | 曾經從事 | __年__月~__年__月，共__年__月 | |
| | 目前從事 | __年__月~__年__月，共__年__月 | |
| 現在病史 (現在規則服藥或治療中) | __歲~ 病名：____ 服用：____ 就醫地點：____ | | |
| | __歲~ 病名：____ 服用：____ 就醫地點：____ | | |
| | __歲~ 病名：____ 服用：____ 就醫地點：____ | | |
| 既往病史 | <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 癌症 ____ <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍、 胃炎 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 手術開刀__ <input type="checkbox"/> 其他慢性病__ <input type="checkbox"/> 以上皆無 | | |
| 過敏史 | 藥物 | 食物 | |
| 疫苗接種史 | A 型肝炎疫苗 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 傷寒疫苗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 家族史 | <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癌症____ | | |
| 生活習慣 | <input type="checkbox"/> 吸菸 | <input type="checkbox"/> 從未 <input type="checkbox"/> 偶爾(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎) 每天吸，平均 __支/天，已吸菸__年 <input type="checkbox"/> 已經戒菸，戒了__年__個月 | |
| | <input type="checkbox"/> 嚼食檳榔 | <input type="checkbox"/> 從未 <input type="checkbox"/> 偶爾(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎) 每天嚼，平均 __顆/天，已嚼__年 <input type="checkbox"/> 已經戒食，戒了__年__個月 | |
| | <input type="checkbox"/> 喝酒 | <input type="checkbox"/> 從未 <input type="checkbox"/> 偶爾(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎) 每天喝，平均 __次/周，最常喝__酒，每次____ 瓶，已喝____年 <input type="checkbox"/> 已經戒酒，戒了__年__個月 | |
| | <input type="checkbox"/> 運動 | <input type="checkbox"/> 無運動習慣 <input type="checkbox"/> 有，項目：____，每週__次，每次__分鐘 | |
| 自覺症狀 (最近三個月) | <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"/> 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 排尿不適 <input type="checkbox"/> 多尿、頻尿 <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 | | |

| 身體檢查 | | 血液檢查 |
|---|--|----------------------------|
| 身高：_____公分 | 體重：_____公斤 | 白血球(WBC)_____k/ μ L |
| 腰圍：_____公分 | BMI：_____ | 血色素(Hb)_____g/dL |
| 血壓：_____/____mmHg | 心跳：_____/分 | 血小板(PLT)_____k/ μ L |
| 視力(裸視)： 左_____右_____ | 視力(矯正)： 左_____右_____ | 空腹血糖(AC sugar) _____mg/dL |
| 辨色力測試： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | 聽力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | 糖化血色素(HbA1c)_____% |
| | | 丙胺酸轉胺酶(ALT)_____ U/L |
| 理學檢查 | | 天門冬胺酸轉胺酶(AST)_____ U/L |
| 頭頸部(結膜、淋巴腺、甲狀腺)： | | 肌酸酐(creatinine)_____ mg/dL |
| | | 總膽固醇(T-CHO)_____mg/dL |
| 呼吸系統： | | 三酸甘油脂(TG)_____mg/dL |
| | | 高密度脂蛋白膽固醇(HDL-C)_____mg/dL |
| 心臟血管系統(心律、心雜音)： | | 低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)_____mg/dL |
| | | 肝炎檢驗 |
| 消化系統(黃疸、肝臟、腹部)： | | A型肝炎抗體(anti-HAV IgG) _____ |
| | | B型肝炎表面抗原(HBsAg) _____ |
| 神經系統(感覺)： | | B型肝炎表面抗體(anti-HBs) _____ |
| | | B型肝炎核心抗體(anti-HBc) _____ |
| 肌肉骨骼(四肢)： | | C型肝炎抗體(anti-HCV Ab) _____ |
| | | 麻疹抗體(Measles Ab) _____ |
| 皮膚： | | 德國麻疹抗體(Rubella Ab) _____ |
| | | 梅毒血清反應(STS-RPR/VDRL) _____ |
| 問診(自覺症狀與睡眠概況等)： | | 其他抗體檢驗：_____ |
| | | 心電圖 |
| | | 報告： |
| 胸部 X 光 | | |
| 報告： | | |
| 糞便檢查 | | 尿液檢查 |
| 腸內寄生蟲糞便檢查 _____ | | 尿蛋白(urine protein)_____ |
| | | 尿潛血(urine OB)_____ |
| 診斷與建議： | | |
| 健檢機構名稱、電話、地址： | | |
| 健檢醫師姓名(簽章)及證書字號： | | |
| 檢查日期：民國 _____年 _____月 _____日 | | |