

臺北市立聯合醫院新進人員體格檢查表發表暨領表注意事項說明

100.3.29 修訂版

有關本院新進員工報到體檢作業，謹請 人事室、新進/復職人員惠予協助配合以下事項：

- 一、人員應檢類別請詳下頁體檢類別通知單，煩請 人事室依據新進/復職人員之科室歸屬及職稱發放/通知適用類別(共計 8 類)，俾便各院體檢診間作業。
- 二、每位新進人員應領取之相關體檢表單共計 4 頁，分述如下：(1). 本注意事項說明 (2). 體檢類別通知單 (3). 體格檢查紀錄表 (4). 既往病史、生活習慣、自覺症狀等填選表
- 三、請新進人員詳讀類別通知單內之說明後，依相關規定接受檢查，依據檢查結果本院保有最後決定錄用與否之權力。
- 四、前述檢查新進人員除得攜帶本院所發檢查表單於任一行政院勞工委員會指定之辦理勞工體格及健康檢查醫療機構(網址：<http://intra.cla.gov.tw/webcla/insman.nsf>) 接受檢查外，亦得提具既有之 1 個月內上述指定醫療機構檢查報告(項目須與本院所發之檢查表內容相符合)
- 五、所需檢查費用由員工於受檢當時全額自付，為鼓勵員工於本院接受檢查，針對於本院各院區(不含本院附設於健康服務中心的院外門診部)接受檢查者，本院予以 50%費用補助，所補助金額將列個人所得計算。(惟本院各他機關之經費補助專案人員不在本補助範圍內)
- 六、前項費用本院補助方式為：到職後 3 個月起至 6 個月內，檢具原收據予院區勞工安全衛生管理人員並由其於每月底進行乙次之資料彙整、造冊覈實補助申請事宜【逾期恕不受理】；非於本院受檢、到職未滿 3 個月、超過 6 個月未提申請或提具本院舊有資料者(指受檢日在人事室通知日擬任/僱用日期前者)，不得請領補助。補助項目以該職務所需檢查項目單價的 50%金額為上限，此上限並得視健保給付公告金額隨時調整之。
- 七、有關離職再入或留職停薪復職人員規定：(1) 未逾 6 個月再入或復職者，得免重做體檢 (2) 逾 6 個月【含】以上~12 個月內再入或復職者，提供最近一次本院體【健】檢資料報告，且未超過勞安法定檢查年限者，得免重做體檢，但須補做胸部 X 光【費用亦比照新進體檢補撥方式進行】、或自提 1 個月內報告【費用不補還】 (3) 離職或留職停薪 1 年【含】以上再入或復職者，須依新任/復職分發單位屬性，重做新進體檢 (4) 前次離職前因未滿 3 個月致無法申請體檢費用補發者，得續累計至滿 3 個月起至 6 個月內，檢具申請補撥。

※有關補助事宜，屆時請逕洽各所屬院區勞安人員，聯絡分機如下表：

院部	中興	仁愛	和平	忠孝	陽明	松德	婦幼	林森	昆明	中醫
2204	3639	8127	2524	8066	6671	1322	2676	1640	1422	3801

※有關本院規定各檢查類別項目現行健保給付一覽表檢附如下：【單位：新台幣】

作業類別	健保價金額			院方補助金額上限(健保價金額x50%)		
	不含愛滋梅毒篩檢	含梅毒篩檢	含愛滋篩檢	不含愛滋梅毒篩檢	含梅毒篩檢	含愛滋篩檢
一般作業	1,625	+70	+240	813	+35	+120
游離輻射作業	3,275			1,638		
游離輻射、鉛作業	3,675			1,838		
高溫、噪音作業	2,990			1,495		
有機、特化作業	1,825			913		
洗腎室作業	1,875			938		
供膳作業	-----			2,370		
護理機構作業	-----	1,945	-----	973		

八、檢查項目中，愛滋及梅毒篩檢本院雖訂為建議項目，但基於醫療院所工作職場之屬性，本院**強烈建議同仁接受檢查**！(惟供膳、護理機構等作業，梅毒為必檢項目，請同仁注意！)

九、謝謝合作！

~臺北市立聯合醫院 敬上~

臺北市立聯合醫院新進員工體格檢查應檢類別通知單

100.3.29 修訂

※說明：

1. 本案依據勞工安全衛生法第十二條規定辦理，表單發放由臺北市立聯合醫院(以下簡稱本院)人事室於通知擬錄/任用(商調)時一併給予新進/復職人員，請人員即刻辦理體檢手續，並於報到前繳交正本結果資料(結果報告缺項者，視同不合格報告)。
2. 新進/復職員工於報到時，除得提具既有之 1 個月內檢查正本報告外(項目須與本院人事室所發之檢查表內容相符合)，亦得攜帶本院所發檢查表單於報到日前至行政院勞工委員會指定之辦理勞工體格及健康檢查醫療機構(網址：<http://intra.cla.gov.tw/webcla/insman.nsf>) 接受檢查並取得完整報告。且考量各醫療院所報告取得所需工作天數不同，提醒新進人員接獲錄取通知後，即刻辦理體檢為宜，以免無法於本院規定期限繳交。
3. 所需檢查費用由新進員工於受檢當時全額自付，惟為鼓勵員工於本院檢查，於本院(各體檢院區)檢查者，給予 50%費用之補助(補助申請開放期間為到職後 3 個月起~6 個月內，補助範圍僅限於應本次到職所需且實際檢查之項目；另非於本院檢查、到職未滿 3 個月、超過 6 個月未提申請或提具本院舊有資料者，本院不予補助費用)。
4. 請務必空腹八小時以上再採血，否則報告將不準確。
5. 新進員工若自行提具相關 B 型肝炎結果證明，得由體檢醫師審視後決定是否須再做。
6. 供膳作業人員之體檢 A 型肝炎採兩階段篩檢：IgG 項目若提具陽性報告經體檢醫師採認者，得免再做；IgG 項目若為陰性反應者，則由體檢醫師複評新進員工自覺症狀及肝功能等，決定是否加做 IgM。
7. 除供膳及護理機構作業類別之梅毒為必檢項目外，其餘類別人員愛滋病、梅毒篩檢得由員工自行選擇是否受檢：
 - ※愛滋篩檢，本人 同意 / 簽名： 不同意 / 簽名：
 - ※梅毒篩檢，本人 同意 / 簽名： 不同意 / 簽名：
 備註：於本院各體檢院區檢查且同意此二項檢查者，由診間醫師以加開醫令方式處理（供膳及護理機構作業類別之梅毒已設於套餐中，免再加開），所需費用亦半額補助。
8. 新進人員基本資料、應檢類別及本院考量不予錄用之疾病說明等，詳下表；另針對報告結果，本院保有最後決定錄用與否之權力。

姓名：		生日：民國 年 月 日		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
院區 / 單位：		就職日：民國 年 月 日		職稱：	
作業類別	適用科室/單位	受檢項目	應檢類別勾選	考量限制錄用之疾病	
一般作業	1. 各行政部(科/室)、護理科等單位人員 2. 醫療科非屬以下特殊檢查類別之人員	一般作業體檢項目 (勞安法定項目及 B 肝篩檢)		開放性肺結核	法定傳染病之第一、二、三類及指定傳染病急性發作人員須經醫師診治且判定無傳染力之虞後方得到職
洗腎室作業	洗腎室工作人員	一般作業體檢項目 (勞安法定項目及 B、C 肝篩檢)			
有機特化作業	解剖病理科、實驗室、生科病房技術人員	有機特化作業體檢項目 (參照苯之規定項目及 B 肝篩檢)			
游離輻射作業 會診(皮膚、眼科)	核子醫學科、放射診斷科、牙科、骨科、泌尿科之醫師、放射師、技士	游離輻射作業體檢項目 (勞安法定項目及 B 肝篩檢)	✓		
輻射、鉛作業 會診(皮膚、眼科)	放射腫瘤科之醫師、放射師、技士	游離輻射作業體檢項目 (勞安法定項目及 B 肝篩檢)			
供膳作業 會診(皮膚、眼科)	營養部所屬所有人員	供膳作業體檢項目 (GHP 法定項目及 B 肝篩檢)		傷寒、痢疾、開放性肺結核	
高溫噪音作業 會診(耳鼻喉、泌尿科、胸腔內科)	從事鍋爐房、熱水槽房、冰水主機房作業人員	高溫噪音作業體檢項目 (勞安法定項目及 B 肝篩檢)		開放性肺結核	
護理機構作業	護理之家、產後護理及居家護理所工作人員	一般作業體檢項目(勞安法定項目及梅毒、B 肝篩檢、糞便檢查)		傷寒、痢疾、開放性肺結核	

院區初評結果：合格錄用 不合格須複評 / 家醫科醫師核章：_____

院區會審複評結果：合格錄用 合格但暫緩錄用 不合格不予錄用 / 用人單位主管核章：_____

備註：此處之『合格』係指『結果正常』或『結果異常，但可適宜於所應徵作業性質』。

臺北市立聯合醫院 (院區) 游離輻射作業員工體格檢查紀錄表

一、基本資料：(受檢人員填寫一至六項)

姓名：	生日： 年 月 日	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	檢查日期： 年 月 日
身分證號：	作業科室： 科 / 室(病房)	開始從事本作業： 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
 _____，起始日期：__年__月，截止日期：__年__月，共__年__月
 _____，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

三、檢查時期：(原因)：新進員工 (受僱時)

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. 甲狀腺疾病：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_____
5. 以上皆無

五、生活習慣：(請在適當項目前打勾)

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. 甲狀腺疾病：體重增加或減輕 3 公斤以上 心悸 便秘或腹瀉
2. 血液疾病：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、檢查項目：

應	身高：	公分	體重：	公斤	腰圍：	公分	血壓：	_____/_____/_____mmHg	脈搏：	次/分	
	各系統或部位物理檢查	頭、頸部			消化系統						
呼吸、血循環系統			泌尿系統								
甲狀腺			骨關節及肌肉								
神經系統			心智及精神檢查								
聽力檢查											
檢	視力檢查	左：(矯正)；右：(矯正)		辨色力：							
	量活肺	用力肺活量(FVC)		一秒內最大呼吸量FEV1.0							
	胸部 x 光檢查(大片)：										
	眼睛物理檢查									眼科：	
	皮膚物理檢查									皮膚科：	
	尿液分析		尿糖：		尿蛋白：		尿潛血：				
	尿沉渣鏡		RBC：/HPF		WBC：/HPF		Epith cell：/HPF				
			Bacteria：		Cast：		Crystal：				
	項	血液	白血球數(WBC)：		飯前血糖(GLU AC)：		mg/dl				
			紅血球數(RBC)：		血清丙胺酸轉胺酶(ALT)：		U/L				
血色素(HGb)：			肌酸酐(creatinine)：		mg/dl						
血小板數(PLT)：			膽固醇：		mg/dl						
血球容積比(HCT)：			三酸甘油酯：		mg/dl						
檢		嗜中性白血球(NEUT)：%		甲狀腺功能		(1)T3：_____ ng/dl					
		嗜酸性白血球(ESO)：%				(2)T4：_____ ug/dl					
		嗜鹼性白血球(BASO)：%				(3)TSH：_____ uU/ml					
		淋巴球(LYMP)：%									
		單核球(MONO)：%									
※本欄結果附在檢查報告上面											
目查	B 型肝炎篩檢		1.HBsAg：		2. Anti-HBs：		3. Anti-HBc：				
建議項目		愛滋病篩檢：			梅毒血清檢查：						
健康管理： <input type="checkbox"/> 1.第一級管理 <input type="checkbox"/> 2.第二級管理 <input type="checkbox"/> 3.第三級管理(應註明臨床診斷)：_____ <input type="checkbox"/> 4.第四級管理(應註明臨床診斷)：_____											
檢查結果： <input type="checkbox"/> 1.正常 <input type="checkbox"/> 2.異常，異常疾病項目：_____											
八、應處理及注意事項： <input type="checkbox"/> 一般異常，建議__個月後門診追蹤 <input type="checkbox"/> 特殊異常，請速至_____科門診追蹤 <input type="checkbox"/> 傳染病異常 <input type="checkbox"/> 建議施打 B 肝疫苗 <input type="checkbox"/> 不適宜從事_____作業。 <input type="checkbox"/> 應在__月__日內至醫療機構實施合作業條件調查之健康追蹤檢查。 <input type="checkbox"/> 應在__月__日內至聘有職業醫學科專科醫師開設門診之指定醫療機構實施診治。 <input type="checkbox"/> 其他										總評醫師	
檢查報告完成日期： 年 月 日 檢查醫療機構戳章：											