

奇美醫療財團法人奇美醫院
營養科實（見）習人員體格檢查紀錄表

□總院 □柳營 □佳里 □樹林院區

基本資料	就讀學校		檢查日期	年 月 日
	姓 名		性 別	
	身分證字號		生 日	
檢查項目		檢查結果		
一般 檢查 項目	各系 統之 物理 檢查	頭頸部 (結膜、淋巴腺、甲狀腺)		
		呼吸系統		
		心臟血管系統 (心律、心雜音)		
		消化系統 (黃膽、肝臟、腹部)		
		神經系統(感覺)		
		肌肉骨骼		
		皮膚		
		胸部 X 光(大片)攝影		
		血壓	mmHg	
		血清丙胺酸轉胺酶(ALT)		
特殊 檢查 項目		B 型肝炎表面抗原		
		B 型肝炎表面抗體		
		B 型肝炎核心抗體		
		C 型肝炎抗體		
		Measles virus IgG	註：5 年內麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或 15 年內完成 MMR 疫苗接種證明	
		Rubella IgG		
		RPR		
		Anti-HAV IgM		
		Widal-typhoid O		
		Widal-typhoid H		
		Widal-Paratyphi A		
		Widal-Paratyphi B		
		糞便檢查-大腸桿菌		
	糞便檢查-痢疾桿菌			
	糞便檢查-沙門氏桿菌			
應處理及注意事項				
檢查醫師姓名(簽章)及證書字號				
檢查醫療機構關防				

※注意事項：

1. 本檢查表需所有檢查結果符合規定才能辦理報到。
2. 請至地區級以上醫院實施檢查。
3. 檢查紀錄之結果應蓋妥檢查醫師及醫院院章。

奇美醫療財團法人奇美醫院

實（見）習人員既往病史調查

總院 柳營 佳里 樹林院區

基本資料	學校/單位	
	姓名	
	填寫日期	
既往病史	<p>您是否曾患有下列慢性疾病：(請在適當項目前打勾)</p> <p><input type="checkbox"/>高血壓 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心臟病 <input type="checkbox"/>甲狀腺疾病</p> <p><input type="checkbox"/>白內障 <input type="checkbox"/>中風 <input type="checkbox"/>癲癇 <input type="checkbox"/>氣喘 <input type="checkbox"/>貧血</p> <p><input type="checkbox"/>慢性氣管炎、肺氣腫 <input type="checkbox"/>肺結核 <input type="checkbox"/>腎臟病 <input type="checkbox"/>肝病</p> <p><input type="checkbox"/>中耳炎 <input type="checkbox"/>聽力障礙 <input type="checkbox"/>癌症：_____</p> <p><input type="checkbox"/>消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/>逆流性食道炎 <input type="checkbox"/>骨折_____</p> <p><input type="checkbox"/>手術開刀_____ <input type="checkbox"/>其他慢性病_____</p> <p><input type="checkbox"/>傳染性疾病：_____ <input type="checkbox"/>已治癒 <input type="checkbox"/>治療中</p> <p><input type="checkbox"/>過敏史（是否有對藥物或食物等過敏）</p> <p><input type="checkbox"/>以上皆無</p>	
生活習慣	<p>1.請問您過去一個月內是否有吸菸？</p> <p><input type="checkbox"/>從未吸菸 <input type="checkbox"/>偶爾吸(不是天天)</p> <p><input type="checkbox"/>（幾乎）每天吸，平均每天吸_____支，已吸菸_____年</p> <p><input type="checkbox"/>已經戒菸，戒了_____年_____個月</p> <p>2.請問您最近六個月內是否有嚼食檳榔？</p> <p><input type="checkbox"/>從未嚼食 <input type="checkbox"/>偶爾嚼食(不是天天)</p> <p><input type="checkbox"/>（幾乎）每天嚼，平均每天嚼食_____顆，已嚼食_____年</p> <p><input type="checkbox"/>已經戒食，戒了_____年_____個月</p> <p>3.請問您過去一個月內是否有喝酒？</p> <p><input type="checkbox"/>從未喝酒 <input type="checkbox"/>偶爾喝(不是天天)</p> <p><input type="checkbox"/>（幾乎）每天喝，平均每天喝_____次，每次喝_____瓶</p> <p><input type="checkbox"/>已經戒酒，戒了_____年_____個月</p>	
自覺症狀	<p>您最近三個月是否常有下列症狀：(請在適當項目前打勾)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>手腳麻痛 <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</p> <p><input type="checkbox"/>排尿不適 <input type="checkbox"/>關節疼痛 <input type="checkbox"/>多尿、頻尿 <input type="checkbox"/>手腳肌肉無力</p> <p><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>	
<p>※上述病史資料屬實，若有不實，造成之後果概由本人自行負責。</p> <p style="text-align: right;">本人簽章：_____</p>		
<p>醫囑：</p> <p>1. 建議需注意事項：</p> <p>2. 其他：</p> <p style="text-align: right;">醫師簽章：_____ 醫院關防：_____</p>		

※注意事項：

1. 實(見)習人員體格檢查時，請務必攜帶本單張至受檢醫院，由醫師確認人員既往病史資料，並與體檢表一起繳交。
2. 「既往病史調查表」務必請醫師蓋章確認，謝謝。