

**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**

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 <small>(結膜、淋巴腺、甲狀腺)</small>			
		呼吸系統			
		心臟血管系統 <small>(心律、心雜音)</small>			
		消化系統 <small>(黃膽、肝臟、腹部)</small>			
		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	<small>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</small>			
	Rubella IgG				
	RPR				
	Anti-HAV IgM				
	糞 便 檢 查	傷寒			
		大腸桿菌			
痢疾桿菌					
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

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> <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 癌症：_____ <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 骨折_____ <input type="checkbox"/> 手術開刀_____ <input type="checkbox"/> 其他慢性病_____ <input type="checkbox"/> 傳染性疾病：_____ <input type="checkbox"/> 已治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 過敏史（是否有對藥物或食物等過敏） <input type="checkbox"/> 以上皆無	
生活習慣	<p>1.請問您過去一個月內是否有吸菸？</p> <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 <p>2.請問您最近六個月內是否有嚼食檳榔？</p> <input type="checkbox"/> 從未嚼食 <input type="checkbox"/> 偶爾嚼食(不是天天) <input type="checkbox"/> （幾乎）每天嚼，平均每天嚼食_____顆，已嚼食_____年 <input type="checkbox"/> 已經戒食，戒了_____年_____個月 <p>3.請問您過去一個月內是否有喝酒？</p> <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，平均每天喝_____次，每次喝_____瓶 <input type="checkbox"/> 已經戒酒，戒了_____年_____個月	
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> <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"/> 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 <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 <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>※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。            本人簽章：_____</p>		
<p>醫囑：            1. 建議需注意事項：             2. 其他：</p>		
醫師簽章：_____		醫院關防：_____

※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。