

台灣電力公司養成班學員體格檢查表

體檢字第

號

貼 相 片 處	一、基本資料		
	姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身份證統一編號：		
	住址：		
	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		
2. 目前從事_____，起始日期：__年__月，截止日期：__年__月，共__年__月			
3. 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			
三、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) <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癌症 _____ <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 氣喘 <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"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <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"/> 以上皆無			
四、生活習慣			
1. 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			
2. 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			
3. 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			
五、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) <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			
六、檢查項目			
1. 身高： 公分		2. 體重： 公斤	
3. 腰圍： 公分		4. 血壓： / mmHg	
5. 視力(矯正)： 右 左			
6. 辨色力測試： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常			
7. 聽力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			

