

編號 2 噪音作業 勞工特殊體格及健康檢查紀錄

一、基本資料

1. 姓名：_____ 2. 性別：☐男 ☐女 3. 身分證字號(護照號碼)：_____
4. 出生日期____年____月____日 5. 受僱日期____年____月____日 6. 檢查日期____年____月____日
7. 事業單位名稱(廠別)_____地址_____

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, 截至____年____月, 共____年____月
3. (1) 平均每週工作日數 ☐6 ☐5.5 ☐5 ☐4.5 ☐4 ☐其他____日
- (2) 平均每日工作總時數 ☐12 ☐10 ☐8 ☐6 ☐4 ☐其他____小時
- (3) 平均每日從事噪音作業時數約 ☐12 ☐10 ☐8 ☐6 ☐4 ☐其他____小時
4. 您於本次聽力檢查前 14 小時內曾於噪音環境嗎？☐有 ☐無
- 5.1 你曾從事過以下工作嗎？
- ☐紡織 ☐開礦 ☐造船 ☐重工業 ☐築路 ☐砲兵、射擊隊、航空地勤
- ☐必須大聲呼叫才能超過噪音量的其他工作 ☐以上皆無
- 5.2 如果從事上面的任何工作：
- (1) 現場環境有聽力保護設備嗎？ ☐有 ☐無
- (2) 個人有戴上聽力防護用具嗎？ ☐有 ☐無
- (3) 若有，為何種類型？(多選題) ☐耳罩 ☐耳塞 ☐其他____
- (4) 工作佩戴時間？☐全時間佩戴 ☐一半時間佩戴 ☐都不戴

- 三、檢查時期(原因)：☐新進員工(受僱時) ☐變更作業
- ☐定期檢查 ☐健康追蹤檢查

四、既往病史

- 請勾選
1. 您過去是否曾因聽力問題複檢或就醫？ ☐有 ☐無
2. 您是否曾經遭遇：
- (1) 暴露於巨大的聲音？如爆炸狀況 ☐有 ☐無
- (2) 經常性暴露於實際的槍響？ ☐有 ☐無
- (3) 暴露於經常性的大聲音樂？ ☐有 ☐無
3. 你曾有過以下情況嗎？
- (1) 動過耳朵手術、耳部外傷或鼓膜穿孔 ☐有 ☐無
- (2) 耳部感染 ☐有 ☐無
- 上述問題若有，請填寫
- ☐左耳 ☐右耳
- ☐不確定 ☐雙耳

- (3) 遺傳性聽力障礙的家族疾病 ☐有 ☐無
- (4) 結核病 ☐有 ☐無
- (5) 使用阿斯匹靈、鏈黴素、或其他可能影響聽力之藥物 ☐有 ☐無
- (6) 腦膜炎、腦震盪或昏迷 ☐有 ☐無

五、生活習慣

1. 你有以下嗜好嗎？

- ☐去迪斯可舞廳、卡拉 OK 或流行音樂會 ☐賽車（競賽或看）
- ☐在銅管樂隊、管弦樂隊或流行樂隊演出 ☐經常使用電動手工具，如電鋸、電鑽等
- ☐用機械進行庭園維護 ☐射擊 ☐戴隨身聽或類似的設備聽音樂
- ☐以上皆無

2. 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

3. 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

4. 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（體格檢查請填寫題號 1；定期健康檢查請填寫題號 2~4）

1. 您是否有下列症狀？

- (1) 聽力困難 ☐有 ☐無
- (2) 耳鳴 ☐有 ☐無
- (3) 眩暈 ☐有 ☐無

如果有，您知道是什麼原因造成的嗎？

請詳細描述_____

2. 上次你的聽力檢查後，你的聽力（自覺）是：☐沒改變 ☐好轉 ☐更差

七、作業環境監測資料

1. 職場有無依勞工作業環境監測實施辦法實施作業環境監測？

- ☐有（請回答下一題） ☐無

2. 作業環境監測結果是否已通報至勞動部職業安全衛生署勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統？ ☐有（請回答下一題） ☐無

3. 勞工作業環境監測及暴露危害管理網路登錄系統之事業單位編號_____

=====【以下由醫療機構醫護人員填寫】=====

八、檢查項目

1. 基本項目：身高____公分；體重____公斤；腰圍____公分；血壓____/____mmHg
視力(矯正)：左____右____；辨色力測試：☐正常 ☐辨色力異常

2. 聽力檢查：

(測試頻率至少為五百、一千、二千、三千、四千、六千、八千赫之純音，並建立聽力圖及註明施測時各音頻之背景噪音測定值)

3. 各系統或部位身體檢查：

(1)耳道

九、健康追蹤檢查

1. 檢查日期____年____月____日

2. 檢查項目

- (1)_____
- (2)_____
- (3)_____
- (4)_____
- (5)_____

十、健康管理

- ☐第一級管理
- ☐第二級管理
- ☐第三級管理（應註明臨床診斷）_____
- ☐第四級管理（應註明臨床診斷）_____

十一、應處理及注意事項（可複選）

- 1. ☐檢查結果大致正常，請定期健康檢查。
- 2. ☐檢查結果異常，宜在（期限）內至醫療機構_____科，實施健康追蹤檢查。
- 3. ☐檢查結果異常，建議不適宜從事_____作業（請說明原因：_____）。
- 4. ☐檢查結果異常，應在（期限）內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查。
- 5. ☐檢查結果異常，建議調整工作（可複選）：
 - ☐縮短工作時間（請說明原因：_____）。
 - ☐更換工作內容（請說明原因：_____）。
 - ☐變更作業場所（請說明原因：_____）。
 - ☐其他：_____（請說明原因：_____）。
- 6. ☐其他：_____。

健檢機構名稱、電話、地址：

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：

健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號：