

臺北市立興雅國民中學適用職業安全衛生法人員健康檢查通知

親愛的老師同仁您好：

依據臺北市政府教育局函轉勞動部相關函示略以，「……學校屬教育業，其所屬人員不分身分別(如公務人員等)，均適用職業安全衛生法。」因此，**臺端為職業安全衛生法(以下簡稱職安法)適用人員，依規定必須接受職業安全健康檢查。**

為落實職安法人員之健康管理，依「勞工健康保護規則」第 15 條規定，辦理職業安全健康檢查，其**相關規定、補助額度及方式**說明如下：

一、依勞工健康保護規則第 15 條規定，雇主對在職勞工，應依下列規定，定期實施一般健康檢查：

- (一) 年滿 65 歲者，每年檢查 1 次。
- (二) 40 歲以上未滿 65 歲者，每 3 年檢查 1 次。
- (三) 未滿 40 歲者，每 5 年檢查 1 次。

前項所定一般健康檢查之項目與檢查紀錄，應依附表八及附表十規定(如後附)辦理。

二、查職安法第 20 條規定，雇主於僱用勞工時，應施行體格檢查；對在職勞工應實行一般健康檢查，勞工對前述檢查有接受義務。再依職安法第 45 條規定，雇主未依上開規定對僱用勞工實施體格檢查、健康檢查者，處新臺幣 3 萬元以上 15 萬元以下罰鍰。

三、次查職安法第 46 條規定，勞工對於一般健康檢查有接受之義務，違反規定者將處新臺幣 3,000 元以下罰鍰。又依職安法第 20 條規定進行之健康檢查，檢查紀錄應交予雇主保存。

四、本校依上述規定辦理在職人員健康檢查，特此通知，前述健檢補助新臺幣 1,200 元(40 歲以上且符合本府健檢補助資格者，依本府隔年補助原則及補助金額辦理。)，請臺端務必自行選擇至經勞動部認可辦理勞工一般體格與健康檢查之醫療機構進行檢查，以免受罰。如未於上開醫療機構實施者，其檢查費用即無從予以補助，並依檢查醫療機構所排定之檢查期間覈實給予公假，惟健檢後回醫院看報告者，則不在公假範圍內。

五、為維護您的權益，請臺端務必於受檢當年度 12 月 20 日前完成檢查並附健檢收據及提供健檢紀錄(附表十)逕送人事室，俾利辦理核銷作業。

本人已知悉上述職安法健康檢查通知內容，簽名：_____

知悉日期： ____年____月____日

此致 興雅國中

【本通知簽名後，請於 ____年 ____月 ____日前交回人事室備查；附表八、十請自行留存參用】

附表八 一般體格檢查、健康檢查項目表

體格檢查項目	健康檢查項目
(1) 作業經歷、既往病史、生活習慣及自覺症狀之調查。 (2) 身高、體重、腰圍、視力、辨色力、聽力、血壓與身體各系統或部位之身體檢查及問診。 (3) 胸部X光(大片)攝影檢查。 (4) 尿蛋白及尿潛血之檢查。 (5) 血色素及白血球數檢查。 (6) 血糖、血清丙胺酸轉胺酶(ALT)、肌酸酐(creatinine)、膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇之檢查。 (7) 其他經中央主管機關指定之檢查。	(1) 作業經歷、既往病史、生活習慣及自覺症狀之調查。 (2) 身高、體重、腰圍、視力、辨色力、聽力、血壓與身體各系統或部位之身體檢查及問診。 (3) 胸部X光(大片)攝影檢查。 (4) 尿蛋白及尿潛血之檢查。 (5) 血色素及白血球數檢查。 (6) 血糖、血清丙胺酸轉胺酶(ALT)、肌酸酐(creatinine)、膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、低密度脂蛋白膽固醇之檢查。 (7) 其他經中央主管機關指定之檢查。

附表十 勞工一般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

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、檢查時期(原因)：新進員工(受僱時) 定期檢查

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)

- 高血壓 糖尿病 心臟病 癌症____ 白內障 中風 癲癇 氣喘
慢性氣管炎、肺氣腫 肺結核 腎臟病 肝病 貧血 中耳炎 聽力障礙
甲狀腺疾病 消化性潰瘍、胃炎 逆流性食道炎 骨折____ 手術開刀____
其他慢性病____ 以上皆無

五、生活習慣

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。
4. 請問您於工作日期間，平均每天睡眠時間為：____小時。

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)

- 咳嗽 咳痰 呼吸困難 胸痛 心悸 頭暈 頭痛 耳鳴
倦怠 噁心 腹痛 便秘 腹瀉 血便 上背痛 下背痛
手腳麻痛 關節疼痛 排尿不適 多尿、頻尿 手腳肌肉無力 體重減輕3公斤以上 其他症狀____ 以上皆無

填表說明

一、請受檢員工於勞工健檢前，填妥基本資料、作業經歷、檢查時期、既往病史、生活習慣及自覺症狀六大項，再交由醫護人員作確認，以有效篩檢出疾病；若事業單位已提供受檢員工基本資料及作業經歷電子檔給認可醫療機構，可不必請受檢員工重複填寫。

二、自覺症狀乙項，請受檢者依自身實際症狀勾選。

===== 【以下由醫護人員填寫】 =====

七、檢查項目

1. 身高：_____公分
2. 體重：_____公斤，腰圍：_____公分
3. 血壓：_____/_____mmHg
4. 視力(矯正)：左__右__；辨色力測試：正常 辨色力異常
5. 聽力檢查：正常 異常
6. 各系統或部位身體檢查及問診：
 - (1)頭頸部(結膜、淋巴腺、甲狀腺)
 - (2)呼吸系統
 - (3)心臟血管系統(心律、心雜音)
 - (4)消化系統(黃疸、肝臟、腹部)
 - (5)神經系統(感覺)
 - (6)肌肉骨骼(四肢)
 - (7)皮膚
 - (8)問診(自覺症狀與睡眠概況等)
7. 胸部 X 光：_____
8. 尿液檢查：尿蛋白_____ 尿潛血_____
9. 血液檢查：血色素_____ 白血球_____
10. 生化血液檢查：血糖_____ 血清丙胺酸轉胺酶(ALT)_____
 肌酸酐(creatinine)_____ 膽固醇_____ 三酸甘油脂_____
 高密度脂蛋白膽固醇_____ 低密度脂蛋白膽固醇_____
11. 其他經中央主管機關規定之檢查_____

八、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. 檢查結果部分異常，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，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：_____)。
5. 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：

備註：

1. 各系統或部位身體檢查，健檢醫師應依各別員工之實際狀況，作詳細檢查。
2. 低密度脂蛋白膽固醇，體格檢查時不需檢測。
3. 先天性辨色力異常者，定期健康檢查時不需檢測。
4. 辦理口腔癌、大腸癌、女性子宮頸癌及女性乳癌之篩檢者，得經勞工同意執行，其檢查結果不列入健康檢查紀錄表，認可醫療機構應依中央衛生福利主管機關規定之篩檢對象、時程、資料申報、經費及其他規定事項辦理檢查與申報資料，篩檢經費由國民健康署支付。