

## 附表十二 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

### 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. 為進一步瞭解您的作業經歷，請填答下列題目  
(體格檢查請填寫 3.1~3.2；定期健康檢查請填寫 3.2~3.3)

#### 3.1 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

##### 3.1.1 如果從事上面的任何工作：

- (1) 有聽力保護措施嗎？ ☐有 ☐無  
(2) 有戴上聽力保護設備嗎？ ☐有 ☐無  
(3) 什麼類型的保護設備？ ☐耳罩 ☐耳塞 ☐二者都有

##### 3.1.2 如果從事上面的任何工作，其工作時數與噪音之存在時間：

- (1) 平均一天工作時數： ☐10 小時 ☐8 小時 ☐6 小時 ☐4 小時  
(2) 噪音存在時間： ☐所有工作時間 ☐一半時間 ☐偶而

#### 3.2 您 14 小時內曾至噪音區嗎？☐有 ☐無

#### 3.3 當您在噪音工作區，你戴聽力保護設備嗎？☐有(請回答下二題)☐無

- (1) 若戴，是什麼類型的？ ☐耳罩 ☐耳塞 ☐二者都有  
(2) 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) ☐變更特殊作業 ☐定期檢查 ☐健康追蹤檢查

### 四、既往病史

請勾選

1. 您是否曾去醫院請專家檢查耳朵或聽力？ ☐有 ☐無  
2. 您是否曾經：  
(1) 暴露於爆炸狀況？ ☐有 ☐無  
(2) 暴露於巨大的聲音？ ☐有 ☐無  
(3) 耳朵直接受傷？ ☐有 ☐無  
(4) 經常性暴露於實際的槍響？ ☐有 ☐無  
(5) 暴露於經常性的大聲音樂？(熱門樂、平劇) ☐有 ☐無

3. 你曾有過以下情況嗎？

- |                       |                            |                            |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| (1) 耳朵受傷              | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 動過耳朵手術            | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3) 耳部感染              | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (4) 耳鳴                | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (5) 鼓膜穿孔              | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (6) 因爆破引起耳痛           | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (7) 使用耳毒性藥物，如阿斯匹靈、鏈黴素 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (8) 腦膜炎               | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (9) 結核病               | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (10) 腦震盪或昏迷           | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

4. 您的家族是否有遺傳性聽力障礙的疾病史？

☐ 有 ☐ 無

如果有，請詳細說明：\_\_\_\_\_

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

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) 聽力困難現象 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 耳鳴     | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3) 眩暈     | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 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

3. 自從上次聽力檢查後（去年至今），您是否：

- |               |                            |                            |
|---------------|----------------------------|----------------------------|
| (1) 暴露於爆炸狀況？  | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 暴露於巨大的聲響？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3) 暴露於實際的槍響？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

(4)暴露於經常性大聲音樂如隨身聽、熱門音樂？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(5)曾去醫院請專家檢查耳朵或聽力？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(6)至噪音區工作時大多會使用耳塞或耳罩？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

4. 上次聽力檢查後，你有過以下情況嗎？

(1)耳朵受傷	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(2)耳朵手術	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(3)耳朵流膿或液狀分泌物/耳部感染	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(4)耳鳴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(5)鼓膜穿孔	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(6)因爆破引起耳痛	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(7)使用耳毒性藥物	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(8)腦膜炎	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(9)結核病	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(10)腦震盪或昏迷	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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指定醫療機構，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

- 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
- 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)
- 各系統或部位理學檢查：  
(1)耳道

#### 八、健康追蹤檢查

- 檢查日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- 檢查項目  
(1)\_\_\_\_\_  
(2)\_\_\_\_\_  
(3)\_\_\_\_\_  
(4)\_\_\_\_\_  
(5)\_\_\_\_\_

#### 九、作業環境資料：

- 事業單位有無提供作業環境監測紀錄？ ☐有 ☐無

2. 健康管理為第三級管理以上，請註明影響判定結果之作業環境測定數據\_\_\_\_\_

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，不適宜從事\_\_\_\_\_作業。

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，應考量調整工作。（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：

備註：

1. 在職勞工年齡達本規則第十一條規定者，一般健康檢查項目依附表八規定增列辦理。

2. 第九項作業環境資料請填寫事業單位提供之作業環境監測資料或描述現場作業環境概況。

3. 依據本規則第十三條規定，屬於第二級管理以上者，應由醫師註明其不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項；屬於第三級管理或第四級管理者，應由醫師註明臨床診斷；第三級管理以上者，應由職業醫學科專科醫師實施健康追蹤檢查，必要時應實施疑似工作相關疾病之現場評估，且應依評估結果重新分級；屬於第四級管理者，經醫師評估現場仍有工作危害因子之暴露者，應採取危害控制及相關管理措施。

4. 健康管理級數之說明：

(1) 第一級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，全部項目正常，或部分項目異常，而經醫師綜合判定為無異常者。

(2) 第二級管理：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，而與工作無關者。

(3) 第三級管理之定義：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，而無法確定此異常與工作之相關性，應進一步請職業醫學科專科醫師評估者。

(4) 第四級管理之定義：特殊健康檢查或健康追蹤檢查結果，部分或全部項目異常，經醫師綜合判定為異常，且與工作有關者。