



奇美醫療財團法人奇美醫院
實(見)習人員體格檢查紀錄表

體格檢查紀錄表單 B：無暴觸血體液

檢查日期：年月日

實(見)習單位		就讀學校/ 原服務機構	
姓名		身分證字號	
生日	年月日	預定報到日	年月日
檢查項目	檢查結果		
胸部 X 光(大片)攝影			
麻疹 Ig G 抗體			
德國麻疹 Ig G 抗體			
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(含)以上醫院實施檢查。
- 3.檢查紀錄以一年內之檢查結果方具時效(胸部 X 光需六個月內)。
- 4.麻疹及德國麻疹抗體結果應為 5 年內檢驗陽性證明或 15 年內 MMR 疫苗一劑接種證明。
- 5.檢查紀錄之結果應蓋妥檢查醫師及醫院院章。
- 6.需檢附實(見)習人員既往病史調查表。



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	就讀學校/ 原服務機構				
	姓名				
	填寫日期				
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"/> 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				
健康管理同意書	1. 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。				
	2. 本人同意由奇美醫療財團法人奇美醫院將健康檢查所有項目之報告提供予貴院留存並由安全衛生管理室及相關人員作為後續健康管理之用。				
立同意書人簽章：_____					
中華民國 年 月 日					
醫囑： 1. 建議需注意事項： 2. 其他：					
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。

奇美醫療財團法人奇美醫院安全衛生管理室
【分機：總院 52097】