

## 交通部臺灣鐵路管理局 111 年高雄工務段契約人員甄試簡章

## 「養路工程」助理工程員-體格檢查表

貼相片處

一年以內一吋

正面脫帽半身相

(請加蓋檢查醫療機構騎縫章)

## 一、基本資料

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 性別：☐男 ☐女  
 3. 身分證字號：\_\_\_\_\_ 4. 出生日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
 5. 住址：\_\_\_\_\_ 6. 工作單位：\_\_\_\_\_  
 7. 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，填妥本表第一至第六項及第八項，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。

三、應考人體格檢查注意事項及檢查醫師注意事項，請務必詳閱。

七、檢查項目【本項由醫護人員填寫】

|   |  |   |        |   |        |                     |     |   |
|---|--|---|--------|---|--------|---------------------|-----|---|
| 1. 身高: _____ 公分      體重: _____ 公斤      腰圍: _____ 公分   |  |   |        |   |        |                     |     |   |
| 2. 視力   | 項目   | 辨色力   |        | 斜視  |        | 視力                  |     | 檢查結果<br><input type="checkbox"/> 合格<br><input type="checkbox"/> 不合格 |
|   | 左眼   | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色盲 |        | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |        | 裸視: _____ 矯正: _____ |     |   |
|   | 右眼   | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色盲 |        | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |        | 裸視: _____ 矯正: _____ |     |   |
|   | 【任一眼有斜視、色盲情形，或任一眼矯正視力未達1.0(裸視力達0.8者，無須矯正視力)者，為檢查不合格】   |   |        |   |        |                     |     |   |
| 3. 聽力   |  | 500Hz   | 1000Hz | 2000Hz  | 3000Hz | 4000Hz              | 平均值 | 檢查結果<br><input type="checkbox"/> 合格<br><input type="checkbox"/> 不合格 |
|   | 左耳   |   |        |   |        |                     | 分貝  |   |
|   | 右耳   |   |        |   |        |                     | 分貝  |   |
|   | 【兩耳純聽力平均值超過40分貝者，為檢查結果不合格】   |   |        |   |        |                     |     |   |
| 4. 血壓   | 收縮壓 _____ mm. Hg      舒張壓 _____ mm. Hg   |   |        |   |        |                     |     | 檢查結果<br><input type="checkbox"/> 合格<br><input type="checkbox"/> 不合格 |
|   | 【收縮壓持續超過140毫米水銀柱(mm. Hg)，舒張壓持續超過90毫米水銀柱(mm. Hg)者，為檢查結果不合格】   |   |        |   |        |                     |     |   |
| 5. 肺結核  | 胸部X光 <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常<br>(無異常者不須再做痰塗片檢驗，異常者須再做痰塗片檢驗)                                   |   |        |   |        |                     |     | 檢查結果<br><input type="checkbox"/> 合格<br><input type="checkbox"/> 不合格 |
|   | 塗痰片: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性      痰培養: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |   |        |   |        |                     |     |   |
|   | 【痰塗片呈陽性反應者，為檢查結果不合格】   |   |        |   |        |                     |     |   |
| 6. 四肢   | 手臂不能伸曲自如或兩手伸臂不能環繞正常<br><input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀 _____   |   |        |   |        |                     |     | 檢查結果<br><input type="checkbox"/> 合格<br><input type="checkbox"/> 不合格 |
|   | 雙下肢明顯不能蹲下起立或原地起明顯不能自如<br><input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀 _____                                       |   |        |   |        |                     |     |   |
|   | 【四肢檢查任一項有異狀者為檢查結果不合格】  |   |        |   |        |                     |     |   |
| 7. 精神疾病或精神狀況違常: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____<br>【經公立醫院或衛生署評鑑合格之教學醫院證明有精神疾病或精神狀態違常者，為檢查結果不合格】 |  |   |        |   |        |                     |     |   |
| 8. 各系統部位理學檢查:   |  |   |        |   |        |                     |     |   |
| (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):  |                             |
| 9. 尿液檢查:尿蛋白:_____尿潛血:_____  | 10. 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(HDL)_____低密度脂蛋白膽固醇_____ |                             |

#### 八、自主檢核項目

【本項請受檢人員先自主評量勾選，再由醫師複評，有「檢查醫師注意事項」第三項各款情形之一者為不合格】

| 檢核項目        |  | 檢核結果(請受檢人勾選) |   |        |   |
|-------------|--|--------------|---|--------|---|
|             |  | 是否患此疾病       |   | 目前是否用藥 |   |
|             |  | 是            | 否 | 是      | 否 |
| 1. 酒癮       | 慢性酒精中毒者。                                 |              |   |        |   |
| 2. 藥癮       | 不得為藥物成癮者。                                |              |   |        |   |
| 3. 骨骼       | 不得為發育不全或骨骼肌肉畸形，足以妨礙工作者。                  |              |   |        |   |
| 4. 傳染病      | 不得為法定傳染病患者。但經醫師臨床診斷，確認無影響行車安全者，不在此限。     |              |   |        |   |
| 5. 心智/神經系統  | 不得為心理精神異常、語言、知覺、運動或智能等機能障礙或癲癇症等發作性神經系疾病。 |              |   |        |   |
| 6. 肌肉關節活動度  | 不得為肌腱異常及骨膜關節等慢性疾病患者。                     |              |   |        |   |
| 7. 平衡機能     | 不得為平衡機能顯著障礙。                             |              |   |        |   |
| 8. 心血管系統    | 不得為患有高血壓或心血管疾病，經臨床診斷不能勝任緊急事故應變者。         |              |   |        |   |
| 9. 重大疾病     | 不得為患有其他足以妨礙工作之疾病                         |              |   |        |   |
| 受檢者簽名:_____ |  |              |   |        |   |

九、檢查結果(上列各項均須檢查，不得遺漏，請注意有無「檢查醫師注意事項」第三項各款情形並請註明合格或不合格)

應考人經本醫療機構辦理體格檢查後，其結果為：

1. ☐檢查結果「合格」，依受檢者主訴及檢查結果，於受檢時無上開疾患，並請定期健康檢查。
2. ☐檢查結果「不合格」，有上開第\_\_\_\_\_款之疾患，疾患名稱：\_\_\_\_\_。
  - (1)☐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。
  - (2)☐檢查結果異常，建議不適宜從事\_\_\_\_\_作業。(請說明原因：\_\_\_\_\_)
  - (3)☐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：\_\_\_\_\_)
  - (4)☐其他：\_\_\_\_\_

檢查醫療機構名稱：

醫療機構地址、電話：

檢查醫師：(簽章)

(醫療機構加蓋印信)

檢查日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

備註：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。

## 應考人體格檢查注意事項

一、錄取人員之體格檢查，由下列醫療機構辦理之：

- (一)公立醫院。
- (二)衛生福利部評鑑合格之教學醫院。
- (三)直轄市及縣(市)衛生局所屬各鄉(鎮、市、區)衛生所。
- (四)衛生福利部中央健康保險署所屬各聯合門診中心。
- (五)全民健康保險特約醫院。

**選擇醫療機構時請先詢問是否提供本體格檢查表所列檢查項目，若無法完全提供檢查，請另至其他健全之醫療機構辦理體格檢查。**

二、檢查費應由錄取人員自行繳納，檢查時如發現特殊症狀，須經特別檢查時，得由檢查機構另行酌收費用。

三、一般醫療機構體格檢查報告約需相當時間方能完成，請於收到本函後，儘速前往指定醫療機構辦理體格檢查。寄送體格檢查表前，請再逐一檢查各項檢查項目是否均已完成(1. 相片是否加蓋騎縫章。2. 檢查日期、檢查項目不可以有「未檢查」字樣或空白；檢查醫師須於檢查結果欄內評定「合格」或「不合格」字樣。3. 檢查機構、檢查醫師簽名蓋章及加蓋所屬之醫療機構印信)，並自行影印留存備份。

四、肺結核胸部X光異常者，須再續作塗痰片檢驗，痰塗片呈陽性反應者，再作痰培養。女性錄取人員如懷孕者(須檢附媽媽手冊)，請逕作痰塗片即可，不須作胸部X光。

## 檢查醫師注意事項

一、檢查醫師於檢查前，核對受檢人員面貌與體格檢查表所貼相片相符，及受檢人在檢查表所填各欄資料無訛後，依表列檢查項目逐一檢查，詳細記載，並應於檢查結果欄內評定「合格」或「不合格」字樣。

二、檢查完竣後，由檢查醫師簽名蓋章，填寫年月日，加蓋檢查醫療機構印信，並於相片加蓋騎縫章。

三、本甄試錄取人員體格檢查有下列情形之一者，為體格檢查不合格：

- (一)視力：任一眼斜視或任一眼矯正視力未達 1.0 (裸視力達 0.8 者無須矯正視力)、色盲。
- (二)聽力：兩耳純聽力平均值超過 40 分貝。
- (三)血壓：收縮壓持續超過 140 毫米水銀柱(mm. Hg)；舒張壓持續超過 90毫米水銀柱(mm. Hg)。
- (四)四肢：1. 手臂不能伸曲自如或兩手伸臂不能環繞正常。2. 雙下肢明顯不能蹲下起立或

原地起跳明顯不能自如。

(五)肺結核痰塗片呈陽性反應。

(六)經公立醫院或衛生署評鑑合格之教學醫院證明有精神疾病或精神狀態違常，致不堪勝任職務。

(七)有下列各款情形之一者：

(1)慢性酒精中毒者。

(2)藥物成癮。

(3)發育不全或骨骼肌肉畸形，足以妨礙工作。

(4)法定傳染病患。但經醫師臨床診斷，確認無影響行車安全者，不在此限。

(5)心理精神異常、語言、知覺、運動或智能等機能障礙或癲癇症等發作性神經系疾病。

(6)肌腱異常及骨膜關節等慢性疾病患。

(7)平衡機能顯著障礙。

(8)患有高血壓或心血管疾病，經臨床診斷不能勝任緊急事故應變。

(9)患有其他足以妨礙工作之疾病。

## 交通部臺灣鐵路管理局 111 年高雄工務段契約人員甄試簡章

## 一般人員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： 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\_\_\_\_\_
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。

## 交通部臺灣鐵路管理局高雄工務段 111 年契約人員甄試簡章

## 體測健康狀況檢視切結同意書

## 一、自我評估項目

| 項次 | 狀 況                     | 是 | 否 |
|----|-------------------------|---|---|
| 1  | 有心臟方面的問題或疾病             |   |   |
| 2  | 經常覺得胸部疼痛                |   |   |
| 3  | 經常覺得虛弱或頭暈眼花             |   |   |
| 4  | 醫師曾告知有血壓太高之情形           |   |   |
| 5  | 醫師曾告知有因運動而會功能惡化的骨骼或關節疾病 |   |   |
| 6  | 有氣喘及呼吸循環系統方面的疾病         |   |   |
| 7  | 有糖尿病症                   |   |   |
| 8  | 有其他不適合從事運動的原因           |   |   |
| 9  | 已懷孕(限女性填寫)              |   |   |

◎身高：\_\_\_\_\_cm ◎體重：\_\_\_\_\_kg ◎血壓：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg (建議避免於飯後或運動後量測)

◎體測當日緊急聯絡人：

姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

※第 1 項至第 8 項中有任何一項為「是」者，建請務必審慎評估是否參加本次體能測驗，以免發生意外。 ※自我評估狀況各項資料請應考人自行填寫，試場不提供血壓量測。

## 二、切結書

本人參加【交通部臺灣鐵路管理局高雄工務段111年契約人員甄試】第一試:體能測驗，業已瞭解自己無心臟病、高血壓、氣喘及呼吸循環系統方面的疾病，也瞭解此項體能測驗所需的體能要求及對身體的危險性，本人經審慎評估後，確認自己的身體狀況可以勝任此項測驗，在測驗過程中本人若有任何身體不適之情形，將主動向工作人員反映並尋求協助，絕不會勉強應試。在測驗中或測驗後若有突發意外發生，本人願意自行負責。本人於參加本項體能測驗前，將依需求研判，必要時自行投保人身保險。 本人同意上述事項，並立此切結書以資證明。

立切結書人：\_\_\_\_\_ (請簽名)

身分證統一編號：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**※本表請於體能測驗當日報到時繳交，未簽名、未繳交者不得入場應試。**