

三軍總醫院優秀護理學生獎助學金體格檢查項目

一、作業經歷、既往病史、生活習慣及自覺症狀之調查。

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， 是否需輪班： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 兩班制 <input type="checkbox"/> 三班制 <input type="checkbox"/> 四班制 <input type="checkbox"/> 其他：_____)	
3. 過去1個月，平均每週工時為：____小時(請以檢查日前1個月填寫) 過去6個月，平均每週工時為：____小時(請以檢查日前6個月填寫)	
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"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 氣喘 <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"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <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"/> 以上皆無
長期服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 用藥原因：_____
生活習慣	1. 請問您過去一個月內是否有吸菸？ <input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 偶爾吸(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天吸，平均每天吸____支，已吸菸____年 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 從未嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 偶爾嚼(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天嚼，平均每天嚼____顆，已嚼____年 <input type="checkbox"/> 已經戒食，戒了____年__個月。 3. 請問您過去一個月內是否有喝酒？ <input type="checkbox"/> 從未喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎)每天喝，平均每週喝____次，最常喝____酒，每次____瓶 <input type="checkbox"/> 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。
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)	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 上背痛 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 手腳麻痛 <input type="checkbox"/> 關節疼痛 <input type="checkbox"/> 排尿不適 <input type="checkbox"/> 多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 體重減輕3公斤以上 <input type="checkbox"/> 其他症狀_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無

二、身高、體重、腰圍、視力、辨色力、聽力、血壓及身體各系統或部位之理學檢查。

三、血液常規檢查：血色素及白血球數。

四、尿液常規檢查：尿蛋白及尿潛血。

五、生化檢查：飯前血糖、血清丙胺酸轉胺(ALT)、肌酸酐(creatinine)、總膽固醇、三酸甘油酯。

六、其他血清檢查：B型肝炎表面抗原、B型肝炎表面抗體、C型肝炎病毒抗體、梅毒血清檢查、水痘抗體。

七、特殊檢查：疥瘡、桿菌性痢疾、阿米巴痢疾。

八、胸部X光攝影檢查。