

注意事項：本表資料將會做為衛生單位政策評估或個案健康管理時使用，如受檢者不同意，得隨時以書面通知衛生福利部國民健康署（臺北市大同區塔城街 36 號）並註明受檢人姓名、身分證統一編號、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。

衛生福利部國民健康署

112 年度油症患者健康檢查單(A 表單)

第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

※請注意：

- ◎ 若受檢民眾同時符合執行本署提供之預防保健服務者，請提供服務或轉介民眾至適當院所執行。
- ◎ 油症患者健康檢查每年補助一次，如有重複或超次施行者，其費用由受檢對象自行負擔。
- ◎ 本人同意接受油症患者健康檢查服務。請簽名或蓋章(手印)：_____

下列紅框內之欄位請醫護人員協助受檢人於檢查前先行詳細填寫，以供醫師參考。
※受檢對象如有任何不適異狀、曾患疾病或目前病症，務必於問診時詳細告知醫師。

1. 基本資料	身分證統一編號		姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生日	民國前/後 年 月 日(足歲)	電話 ()		
	現住地址	_____縣(市)_____鄉鎮市區_____村里_____鄰 _____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓			
	所屬衛生局 (列冊地區)	_____縣(市) (政府)衛生局	教育程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科、大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上	
疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
長期服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，病因_____				
家族史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血脂異常 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____				
健 康 行 為	1. 最近半年來，您吸菸的情形是？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 朋友敬菸或應酬才吸菸 <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸(含以下) <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸以上 2. 最近半年來，您喝酒的情形是？ <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝酒或應酬才喝 <input type="checkbox"/> 經常喝酒 3. 最近半年來，您嚼檳榔的情形是？ <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 偶爾會嚼或應酬才嚼 <input type="checkbox"/> 經常嚼或習慣在嚼 4. 最近兩週，您是否有運動(每週達 150 分鐘以上)？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，但未達每週 150 分鐘(2.5 小時) <input type="checkbox"/> 有，且每週達 150 分鐘以上(2.5 小時) 5. 您是否出現咳嗽超過二週的情形？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有				
憂鬱檢測	1. 過去兩週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 2. 過去兩週，你是否感覺做事情失去興趣或樂趣？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				

2. 身體檢查	身高：_____公分 體重：_____公斤 脈搏：_____次/分 血壓：_____ / _____ mmHg 腰圍：_____吋 或 _____公分【可擇一填寫】 身體質量指數(BMI)：_____【理想值：18.5 ≤ BMI < 24】 ◎計算方式：體重(公斤)/身高(公尺) ² 眼睛 右眼裸眼視力：_____ 左眼裸眼視力：_____ 右眼矯正視力：_____ 左眼矯正視力：_____ 耳鼻喉及口腔 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 齙齒 <input type="checkbox"/> 牙結石或牙周病 <input type="checkbox"/> 其他 頸部 淋巴腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 甲狀腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 胸 部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 心臟聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 呼吸聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 腹 部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 四 肢： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 其他異常：_____
3. 健康諮詢	<input type="checkbox"/> 戒菸 <input type="checkbox"/> 戒酒 <input type="checkbox"/> 戒檳榔 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 維持正常體重 <input type="checkbox"/> 健康飲食 <input type="checkbox"/> 事故傷害預防 <input type="checkbox"/> 口腔保健
4. 實驗室 檢查 (A)	尿液檢查 蛋白質：定性： <input type="checkbox"/> ：- <input type="checkbox"/> ：+/- <input type="checkbox"/> ：+ <input type="checkbox"/> ：++ <input type="checkbox"/> ：+++ <input type="checkbox"/> ：++++ 或定量：_____ mg/dl (參考值：_____) 【定性或定量可擇一填寫】 生化檢查 血糖：_____ mg/dl (參考值：_____) 總膽固醇：_____ mg/dl (參考值：_____) 三酸甘油酯：_____ mg/dl (參考值：_____) 高密度脂蛋白膽固醇：_____ mg/dl (參考值：_____) 低密度脂蛋白膽固醇計算：_____ mg/dl (參考值：_____) (僅適用三酸甘油酯 ≤ 400 mg/dl) ◎計算方式：總膽固醇 - 高密度脂蛋白膽固醇 - (三酸甘油酯 ÷ 5) AST(GOT)：_____ IU/L (參考值：_____) ALT(GPT)：_____ IU/L (參考值：_____) 肌酸酐：_____ mg/dl (參考值：_____) 腎絲球過濾率 (eGFR) _____ ml/min/1.73 m ² ◎計算方式：男性：186 × (血清肌酸酐) ^{-1.154} × (年齡) ^{-0.203} 女性：186 × (血清肌酸酐) ^{-1.154} × (年齡) ^{-0.203} × 0.742 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未執行 C 型肝炎抗體(Anti-HCV)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未執行
檢 查 結 果 與 建 議	身體檢查部分： 血 壓： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 血 糖： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 血脂肪： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 腎功能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 肝功能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 代謝症候群： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 (代謝症候群定義：腰圍、血壓、空腹血糖、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇，其中 3 項或超過 3 項異常) B 型肝炎表面抗原： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，建議進一步檢查 C 型肝炎抗體： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，建議進一步檢查 咳嗽症狀： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有：建議轉診進一步評估是否可能為結核病 憂鬱檢測： <input type="checkbox"/> 2 題皆答「否」 <input type="checkbox"/> 2 題任 1 題答「是」，建議轉介至相關單位接受進一步服務

第一聯 醫院通知受檢對象檢查結果聯。

第三聯 衛生福利部國民健康署存查聯。

第二聯 醫院留存聯 (本資料請留存於病歷)。

第四聯 縣市衛生局(所)存查聯。

注意事項：本表資料將會做為衛生單位政策評估或個案健康管理時使用，如受檢者不同意，得隨時以書面通知衛生福利部國民健康署（臺北市大同區塔城街36號）並註明受檢人姓名、身分證統一編號、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。

衛生福利部國民健康署

112年度油症患者健康檢查單(B表單)

第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

基本資料 <small>(A表單有做，紅欄免填)</small>	身分證統一編號		姓名		性別	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女	
	生日	民國前/後	年	月	日	(足歲)	電話	()		
	現住地址	縣(市) 鄉鎮市區 村里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓								
	所屬衛生局 (列冊地區)	縣(市) (政府)衛生局		教育程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科、大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上					
自述	1. 請問您平常是否會覺得四肢末端麻木疼痛？ <input type="checkbox"/> 不覺得 <input type="checkbox"/> 偶爾覺得 <input type="checkbox"/> 經常覺得 2. 請問您平常是否會覺得關節腫脹疼痛？ <input type="checkbox"/> 不覺得 <input type="checkbox"/> 偶爾覺得 <input type="checkbox"/> 經常覺得									
身體檢查	眼睛	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 眼瞼浮腫 <input type="checkbox"/> 瞼板腺(meibomian gland)腫大 <input type="checkbox"/> 分泌乳酪樣眼脂								
簡式健康量表	皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 色素沉著 <input type="checkbox"/> 面皰 <input type="checkbox"/> 膿腫 <input type="checkbox"/> 瘡瘡 <input type="checkbox"/> 臉部蝴蝶斑(Butterfly Rash) <input type="checkbox"/> 其他：_____								
簡式健康量表	1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒 <input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 中等程度 <input type="checkbox"/> 厲害 <input type="checkbox"/> 非常厲害 2. 感覺緊張不安 <input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 中等程度 <input type="checkbox"/> 厲害 <input type="checkbox"/> 非常厲害 3. 覺得容易苦惱或動怒 <input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 中等程度 <input type="checkbox"/> 厲害 <input type="checkbox"/> 非常厲害 4. 感覺憂鬱、心情低落 <input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 中等程度 <input type="checkbox"/> 厲害 <input type="checkbox"/> 非常厲害 5. 覺得比不上別人 <input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 中等程度 <input type="checkbox"/> 厲害 <input type="checkbox"/> 非常厲害 總分：_____分					分數說明： 完全沒有：0分 輕微：1分 中等程度：2分 厲害：3分 非常厲害：4分 1至5題之總分說明： 0-5分：身心適應狀況良好。 6-9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。 10-14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。 15分以上：重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神治療。 此題為單項評分，2分以上（中等程度）時，即建議尋求專業輔導或精神科治療。 【資料來源】 國立台大醫學院精神科教授暨精神部主治醫師李明濱醫師				

5. 實驗室 檢查 (B)	(1) 白血球分類：	帶狀球(Band)：	_____ %	(參考值：)
		中性球(Segmented)：	_____ %	(參考值：)
		嗜酸球(Eosinophil)：	_____ %	(參考值：)
		嗜鹼球(Basophil)：	_____ %	(參考值：)
		單核球(Monocyte)：	_____ %	(參考值：)
		淋巴球(Lymphocyte)：	_____ %	(參考值：)
	(2) 全套血液檢查：	紅血球計數：	_____ 10^6 /uL	(參考值：)
		白血球計數：	_____ 10^3 /uL	(參考值：)
		血色素：	_____ g/dL	(參考值：)
		血球容積比：	_____ %	(參考值：)
		血小板計數：	_____ 10^3 /uL	(參考值：)
		紅血球平均體積：	_____ fL	(參考值：)
		平均血色素濃度：	_____ g/dL	(參考值：)
		平均血紅素量：	_____ pg	(參考值：)
	(3) 鹼性磷酸酵素(ALP)：	_____ IU/L	(參考值：)	
	(4) 加瑪麩胺醯轉移酵素(γ -GT)：	_____ IU/L	(參考值：)	

6. 心電圖： 正常 異常：_____

7. 腹部超音波：(包括肝、膽囊、胰、脾、下腔靜脈、腹主動脈、腎及其他腹部超音波在內)
 正常 異常：_____

8. 胸部 x 光檢查： 正常 異常：_____

9. 定量免疫法糞便潛血檢查(FOBT)：_____

建 議 事 項	
------------------	--

醫療機構名稱及代號 (蓋章)	檢查醫師簽名(蓋章)
----------------	------------

第一聯 醫院通知受檢對象檢查結果聯。 第三聯 衛生福利部國民健康署存查聯。
 第二聯 醫院留存聯 (本資料請留存於病歷)。 第四聯 縣市衛生局(所)存查聯。