

特殊體格檢查-個人病史問卷調查表(噪音作業)

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，截至__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

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 以上皆無

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

三、檢查時期(原因)：新進員工(受僱時) 變更作業
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
- 以上皆無

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

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_____

填表人聲明：上述所有資料均據實填寫，並同意公司調查，如有造假或虛構情事願無條件接受解雇處分。

簽名及蓋章：_____ 日期：_____（日/月/年）