

華膳空廚 呼吸生理評估問卷

(※本表由員工本人填寫)

■基本資料

姓名：_____ 年齡：_____ 歲 性別：男；女
部門：_____ 工號：_____ 分機：_____
職稱：_____ 目前班別：非輪班 輪班 其它
身高：_____ cm 體重：_____ Kg
抽煙：否；是_____ 支/天；喝酒：否；是_____ C.C./天
血壓：_____/_____ mmHg 脈搏_____ 次/分鐘(※諮詢時由護理人員填寫)

■相關病史及用藥情形

- 目前或是否有長期服用藥物：無；心臟類 呼吸類 控制血壓類 癲癇類
其他藥物，請敘明：_____
- 過去病史：以下均無；癲癇 糖尿病 呼吸道過敏(如：過敏性鼻炎) 幽閉恐懼症
嗅覺問題 塵肺症 氣喘 慢性支氣管炎 肺氣腫(或大泡性肺疾病) 肺高壓
肺炎 肺結核 氣胸 肺癌 肋骨骨折 任何胸部外傷或手術 聲帶窄縮或相關疾病
其他耳鼻喉疾病 心臟疾病 高血壓 中風 心律不整 心絞痛 心衰竭
下肢水腫(非走路時造成的) 曾經失明 耳朵傷害(耳膜破裂) 背部傷害
其他請敘明：_____

■自覺狀況

- 以下均無；時常胸悶或胸痛 運動時胸悶或胸痛 胸悶或胸痛會影響到您的工作
過去兩年內是否感覺心跳停頓一下或少跳一下 最近一個月有咳血 呼吸急促
呼吸時感到胸口疼痛 哮喘 其他可能為肺部引發的症狀，請敘明：_____

- 在工作中是否會有暴露到有害溶劑、吸入性危害，或皮膚是否接觸到有害化學物質？否；
是，請敘明：_____

- 過去是否曾使用呼吸防護具？否；是，類型：_____

■使用呼吸防護具是否有下列問題

- 以下均無；眼睛不舒服 皮膚過敏或紅疹 焦慮 全身無力 疲倦
其他干擾您使用呼吸防護器具的問題，請敘明：_____

- 備註：
1. 與職醫諮詢前請將本表填妥後將本表繳交給單位主管填寫「呼吸生理評估表」交予醫務室，並預約職醫諮詢時間。
2. 醫師可依據現有資訊建議您就醫進行醫療檢查，謝謝！

※呼吸生理評估問卷僅作為呼吸防護之使用者，進行危害評估、控制及相關管理措施之使用，您的資料將會被妥善保管，請放心填寫。謝謝！

員工簽名：_____

日期： 年 月 日