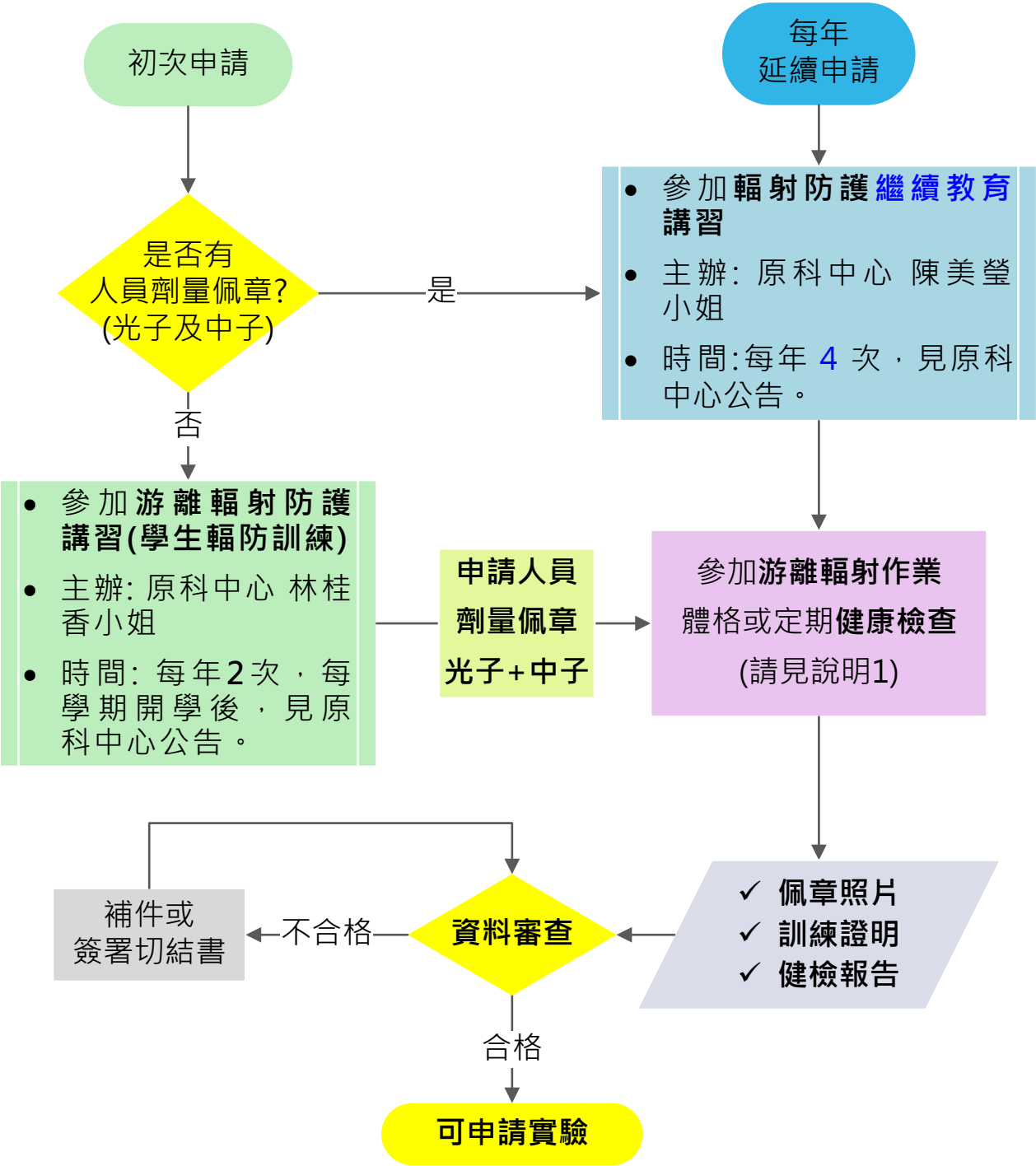


THOR水平照射管之實驗室使用規則確認單 需檢附資料說明



說明1

輻射工作人員之游離輻射作業體檢注意事項:

1. 作業類別: **游離輻射作業**
2. **非初次參與作業**者, 目前從事作業**期間、工時不應寫0**。
3. 同上, 檢查原因: 為**定期檢查**, 而非新進員工!!!
4. 拿到報告後, 注意應有**健康管理**之結果、**職專醫師**等單位用印。
5. 打勾V處都有確認過。

編號 3 **游離輻射作業** 勞工特殊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(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
7. 事業單位名稱(廠別) _____ 地址 _____

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. 從事游離輻射作業平均每日工時為_____小時

- 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



十、**健康管理**

- ☐第一級管理
☐第二級管理
☐第三級管理(應註明臨床診斷) _____
☐第四級管理(應註明臨床診斷) _____

2

十一、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, 應在(期 限)內至聘有職業醫學科專科醫師之門診實施健康追蹤檢查。
5. ☐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: _____)。
6. ☐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: _____
健康管理分級醫師姓名(簽章)及證書字號: _____