

基隆市公共汽車管理處駕駛員（職業大客車）

體格及健康檢查紀錄表

請貼相片

(近3~6個月內證件照為主)

(A)
基本
資料

姓名： 出生年月日： 年齡：
 性別： 身分證字號： 聯絡電話：
 地址：

(B)
自填
部分

是否曾患有下列疾病？請打勾。如勾「是」或曾患之疾病，請再勾目前是否用藥。

項目及名稱	是否曾患之疾病		目前是否用藥		項目及名稱	是否曾患之疾病		目前是否用藥	
	是	否	是	否		是	否	是	否
1. 高血壓					10. 眩暈症				
2. 糖尿病					11. 重症肌無力				
3. 心肌梗塞					12. 氣喘、肺功能障礙				
4. 心律不整					13. 精神病				
5. 狹心症					14. 慢性酒精中毒				
6. 心臟瓣膜疾病					15. 藥物依賴或成癮				
7. 其他心臟疾病：					16. 經常性打呼合併白天嗜睡				
8. 癲癇					17. 患有法定傳染病未經治癒 且須強制隔離治療：_____				
9. 腦中風									

申請人：

(本人簽名)

(C)
檢查
項目

呼吸系統		血壓	
血液循環系統		尿糖	
泌尿系統		尿蛋白	
消化系統		尿潛血	
神經系統		血色素	
皮膚		白血球數	
身高		血清丙胺酸轉胺酶	
體重		肌酸酐	
視力	(兩眼矯正後視力達0.8以上)	膽固醇	
色盲		三酸甘油酯	
聽力檢查		嗎啡	
胸部X光(大片)攝影		安非他命	
心電圖			

檢查
結果

合格
 不合格

檢查醫生：

(簽章)

【檢查機構，請加蓋印信】

