**專題計畫聘用人員申請、報到說明**

專題計畫聘用人員係分申請、報到兩階段作業，先提出申請，俟經校長核定始完成聘用程序，再由人事室通知計畫主持人或聘任單位進行報到作業。

**一、申請**

1.應填(備)表單：

(1)聘用人員申請表

（請務必填寫委託機關、計畫名稱、計畫編號）

(2)教職員工履歷表(請貼妥二吋照片\*1張)

(3)計畫預算書或計畫經費支付切結書

(4)最高學歷畢業證書影本

2.申請流程：計畫主持人🠊聘用單位主管🠊教務處(非教學卓越計畫者免)🠊研發處🠊會計室🠊人事室🠊校長室（起聘日於校長核定後，經由人事室通知確認）

**二、報到**

1. 應填表單：

(1) 切結書

(2) 扶養親屬表

(3) 全民健保眷屬調查表

(4) 學術網路電子郵遞帳號申請表

(5) 研究計畫人員約聘契約書一式二份

2. 應繳資料：

(1) 二吋照片\*2張

(2) 身分證正反面影本\*1份

(3) 戶口名簿或戶籍謄本影本\*1份

(4) 健康檢查表(檢查內容請參考：[元智大學「新進人員」一般健康檢查表](https://www.yzu.edu.tw/admin/ho/files/%E8%A1%A8%E5%96%AE%E4%B8%8B%E8%BC%89/02-%E5%85%83%E6%99%BA%E5%A4%A7%E5%AD%B8%E6%96%B0%E9%80%B2%E4%BA%BA%E5%93%A1%E4%B8%80%E8%88%AC%E5%81%A5%E5%BA%B7%E6%AA%A2%E6%9F%A5%E8%A1%A8.doc)，外籍人士請參考：[外籍人士健康檢查項目表 (職員)](https://www.yzu.edu.tw/admin/ho/files/%E5%A4%96%E7%B1%8D%E4%BA%BA%E5%A3%AB%E5%81%A5%E5%BA%B7%E6%AA%A2%E6%9F%A5%E9%A0%85%E7%9B%AE%E8%A1%A8%E8%81%B7%E5%B7%A51060628.pdf))

(5) 遠東國際商銀存摺封面影本\*1份(薪轉帳戶)

**三、其他說明**

1. 申請及報到資料如有塗改，請於塗改處旁簽名或蓋章，以示負責。
2. 自起聘日起至本校個人Portal差勤系統執行簽到退並填寫工作日誌，如需請假亦需至差勤系統辦理請假程序。
3. 薪資請領作業請於次月5日前上線填單完成且程序完整送案會計室，並將收據黏存單送達會計室，符合以上作業者，將於次月15日發放。
4. 如須辦理車輛通行證者，請逕至「本校總務處網頁🡪服務資訊🡪申請車輛通行識別證」填寫申請資料，或逕洽總務處分機2261。

人事室啟

聯絡電話：03-4638800#2224

人事室辦公室地點：六館十二樓

107.4.16更新

**元智大學高教深耕計畫聘用人員申請表**

委託機關(必填)：教育部

計畫名稱(必填)：

計畫編號(必填)：

◎下列人員聘用及待遇業經委託機關同意： ※本表僅供聘用1位人員填寫。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職稱 | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 身份證字號 | 起訖日期 | 月支酬金(新台幣) | 戶籍住址 |
| 年 | 月 | 日 | 起止 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 起 |  |  |
|  |  |  | 止 |
|  |  |  | 起 |  |
|  |  |  | 止 |
| ※以下請依項次填寫，第2項勞退金依受聘人員身分擇一選填。 |
| 1 | 勞保費、健保費、勞退金預算來源：上列計畫項下支付。 |
| 2 | 勞退金：**□本國籍人員、外籍配偶、陸港澳地區配偶**適用**勞退新制**，計畫負擔雇主提繳率6%，個人自願提繳%（以6%為限）。**□外籍人士（非本國人之配偶）**適用**勞退舊制**，計畫負擔雇主提撥6%勞工退休準備金。 |
| 3 | 是否參加本校福委會 | □否  | □是，□A.計畫/個人負擔6000元年費□B.補 　　 遺缺 |
| **受聘人簽名確認**： |
| 流程：聘用單位主管🠊計畫主持人🠊會計室🠊人事室🠊校長室🠊人事室 |
| 聘用單位主管 | 計畫主持人 | 會計室 | 人事室 | 校長室 |
|  |  |  |  |  |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

※人事室於校長簽核後，辦理勞健保投保及勞退金提繳，明細由人事室填寫如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勞保 | 健保 | 勞退 | 備註 |
| 投保薪級 | 生效日 | 投保薪級 | 生效日 | 眷屬依保人數 | 提繳工資 | 生效日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保費/勞退金明細 | 本人自付 | 計畫負擔 | 勞退 | 備註 |
| 勞保 | 健保 | 小計 | 勞保 | 健保 | 小計 | 個提 | 雇提 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

107/10/9更新

元智大學教職員工履歷表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 國籍 | * 本國（出生： ）
* 外國（國籍： ）
 | 本欄請粘貼最近二寸半身脫帽光面照片一張，照片背面書寫姓名。 |
| 身分證字號或居留證號/護照號碼 |  | 出生日期 | 民國 年 月 日 |
| 性別 | □男 □女 | 婚姻 | □未婚 □已婚  |
| 原住民 | □是 族 □否 | 身心障礙 | □是 □輕度 □中度 □重度 □否 |
| 戶籍地址 |  | 戶籍電話 |  |
| 通訊地址 |  | 通訊電話 |  |
| E-MAIL |  |
| 緊急聯絡人 | 關係 | 地 址 | 電 話 |
|  |  |  |  |
| □服役 |  | □免役 | □國民兵 | □其他 |
| 役 別 | □義務役 □自願役 | □替代役 | 起： 年 月 日 |
| 軍 種 | □陸□海□空□憲兵 | 訖： 年 月 日 |
| 服務期間 | 起： 年 月 日 | □外籍人士 |
|  | 訖： 年 月 日 |
| 是否除役 | □是 □否 |
| 專長 |  |
| 嗜好 |  |
| 語文程度 |
| 語文 | 聽 | 說 | 讀 | 寫 |
|  | □很好 □好 □平平 | □很好 □好 □平平 | □很好 □好 □平平 | □很好 □好 □平平 |
|  | □很好 □好 □平平 | □很好 □好 □平平 | □很好 □好 □平平 | □很好 □好 □平平 |
|  | □很好 □好 □平平 | □很好 □好 □平平 | □很好 □好 □平平 | □很好 □好 □平平 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學歷 | 學校名稱 | 院系科別 | 起迄年月 | 畢業 | 肄業 | 學位 | 審查結果 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 經歷 | 服務機關學校 | 職稱 | 到職 年月日 | 卸職 年月日 | 卸職原因 | 審查結果 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 家屬 | 稱 謂 | 姓 名 | 身分證字號或居留證號 | 出生年月日 | 備 註 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 應徵管道 | □104人力銀行　□1111人力銀行　□全國就業E網　□YES123求職網　□其他  |
| 本人保證以上所填各項資料屬實。 | 簽章： （請簽名） |
| 日期： |

高教深耕計畫聘用切結書

本人符合貴單位高教深耕計畫專任助理之資格，並保證以下事項，如有不實，本人願負全責，並同意無條件辦理離職。

1. 本人除了高教深耕計畫，在校內外無其他專任職務。
2. 依據教育部補助及委辦計畫經費編列基準表說明：「大專校院之專任行政助理除所擔任之計畫外，得再兼任本部或其他機關二項以內計畫之助理或臨時工，所支領兼任報酬以每月總額1萬元為限。**」**

立書人：　　　　　　　（請簽章）

身分證統一編號：

中　　華　　民　　國 　 　　年 　 　　月　 　　日

**元智大學 年薪資所得受領人扶養親屬申報表**

※請填寫基本資料

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薪資受領人 | 姓 名 |  | 出生年月日 |  | 身份證或居留證號碼 |  | 住 址 |  |
| 配偶 |  |  |  |  |

※請參閱相關規定

依照所得稅法第十七條規定：

一、納稅義務人及其配偶之直系尊親屬合於下列條件之一者，每年每人得減除其扶養親屬免稅額。

1.年滿六十歲者

2.未滿六十歲，但無謀生能力受納稅義務人扶養者。

二、納稅義務人之子女，合於下列條件之一者，每年每人得減除其扶養親屬免稅額。

1.未滿二十歲者：

2.已滿二十歲，因在校就學受納稅義務人扶養者：

3.已滿二十歲，因身心殘障受納稅義務人扶養者：

4.已滿二十歲，因無謀生能力受納稅義務人扶養者：

三、納稅義務人及其配偶之同胞兄弟姐妹合於下列條件之一者，每年每人得減除其扶養親屬免稅額。

1.未滿二十歲者：

2.已滿二十歲，因在校就學受納稅義務人扶養者：

3.已滿二十歲，因身心殘障受納稅義務人扶養者：

4.已滿二十歲，因無謀生能力受納稅義務人扶養者：

四、納稅義務人之其他親屬或家屬，合於下列條件之一者，每年每人得減除其扶養親屬免稅額，但受扶養者之父或母如屬第四條第一款及第二款之免稅所得者，不得列報減除。

1.合於民法第一千一百十四條第四款未滿二十嵗或滿六十歲以上無謀生能力確係受納稅義務人扶養者。

2.合於民法第一千一百二十三條第三項未滿二十嵗或滿六十歲以上無謀生能力確係受納稅義務人扶養者。

附註：民法第1114條：下列親屬互負扶養之義務：

一、直系血親相互間。 二、夫妻之一方與他方之父母同居者其相互間。

三、兄弟姐妹相互間。 四、家長家屬相互間。

民法第1123條：家置家長。同家之人除家長外均為家屬。雖非親屬而以永久共同生活為目的同居一家者視為家屬。

-------------------------------------------------------------------------------

※請擇一勾選

□無符合上列規定條件者，一律按單身無配偶辦理扣繳。

□合於上列規定條件者，請將扶養親屬資料填妥於下表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 稱謂 | 出生年月日 | 身份證或居留證號碼 | 符合之條件 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

合於減除扶養親屬免稅額之受扶養親屬（共計 人）

薪資受領人 （簽名） 填報日期

**元智大學 教職員眷屬參加全民健保調查表**

YZU Application Form for Dependents of Employees to Subscribe National Health Insurance

【填表須知】【Instructions】

**壹、對象與範圍**

 **The beneficiary and qualification of National Health Insurance**

1. 凡本校新進教職員均應於到職時填寫本表，作為本校辦理眷屬參加全民健保(以下稱本保險) 之依據。

All new employed faculties and staffs should fill out this form at the time of employment as a reference for the University to conduct the dependents’ subscription of National Health Insurance (will be simplified as *this Insurance*).

2. 本保險為強制性保險，凡具有下列第貳項情形者，應一律參加，若有應參加而未參加者，嗣後一經發現，一律追溯自取得參加本保險資格之日起補繳保費，補辦加保。

This Insurance is mandatory that all qualified citizens are required to be covered by it. If a beneficiary who is qualified but has not subscribed to this Insurance, he/she shall subscribe to this Insurance retrospectively from the date on which the beneficiary is qualified for insurance.

3. 年滿二十歲之未婚子女不得參加本保險，但若因在校就讀且無職業(簡列為S)，或受禁治產宣告尚未撤銷(簡列為P)，或領有身心障礙手冊且不能自謀生活者(簡列為A)，仍應加保。

The insured’s lineal blood descendants who are single and over twenty years of age shall not subscribe to *this Insurance*, except for: those who are in school without employment (entitled as S), those whose interdictions are not yet terminated (entitled as P), those holding Physically or Mentally Disability Certificates and are unable to support themselves (entitled as A). Those exceptions shall still be subscribed to *this Insurance*.

**貳、教職員眷屬有下列情形之一者，應參加本保險。**

 **Dependents of the insured prescribed as follows shall subscribe to *this Insurance*:**

1. 教職員之配偶，且無職業者。

The insured’s spouse who is not employed.

2. 教職員之直系血親尊親屬，無職業且未以他人眷屬身分加保者。

The insured’s lineal blood ascendants who are not employed and not subscribed to *this Insurance* as the dependents of other insured.

**參、教職員眷屬有下列情形之一者，不得參加本保險。**

 **Dependents of the insured prescribed as follows shall not subscribe to *this Insurance*:**

1. 現役軍官、士官、士兵、軍事學校學生及軍事編制內領補給證之聘僱人員。

 Those who are now served as officers, sergeants, soldiers or military school students with certificates of necessities supplying.

2. 在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。

Those who are confined in the detention centers or in prisons because of criminal punishment, rehabilitative disciplines, or reformatory education, unless their terms are less than two months. Those who are subject to a protective restriction order, however, are still covered by *this Insurance*.

3. 失蹤滿六個月者。Those who have been missing for six months or more;

4. 喪失前條所定資格者。

Those who have lost the qualifications as prescribed in the preceding article.

5. 死亡 Death

**肆、眷屬參加本保險之「代號」，配合戶籍上登載之稱謂編列：
 配偶「01」、父母「02」、子女「03」。**

The relationship between dependents and the insured will be entitled as follows: Spouse「01」, Parents「02」, Lineal blood descendants「03」

**元智大學 教職員眷屬參加全民健保調查表**

YZU Application Form for Dependents of Employees to Subscribe National Health Insurance

# 填表前請先詳閱填表須知

Please read the preceding instructions before filling out this form.

※合於健保投保條件：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 符號 | 合於健保投保條件 | 符號 | 年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬：如子女、孫子女、外孫子女，以眷屬身分投保時，合於健保投保條件 |
| 1 | 隨同被保險人加保 | S | 在學就讀且無職業 |
| 2 | 喪失被保險人身分 | P | 受禁治產宣告尚未撤銷 |
| 3 | 新生嬰兒 | A | 領有身心障礙手冊且不能自謀生活 |
| 4 | 結婚 | H | 罹患符合本法第36條所稱重大傷病且無職業 |
| 5 | 收養 | G | 應屆畢業自當學年度終了之日起一年內且無職業或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業 |
| 6 | 更換所依附之被保險人 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填表人姓名：Name of applicant: | 單位： | 職稱： | 聯絡電話： |
| **眷屬是否參加本保險？** Subscribed to *this Insurance*? (請勾選) |
| 1.□否No | 不加保原因：Reason for lineal blood descendants not subscribe to *this Insurance* | □符合填表說明参所列情形之ㄧ□眷屬本身已有職業□眷屬本身無職業但已以他人身分加保□其他( ) |
| 2.□是Yes(勾選此項者請填妥下表 Select this item please fill out the following form) |
| 眷屬姓名Name of dependents | 稱謂Relationship | 代號Entitled number「01」配偶「02」父母「03」子女 | 出生日期Date of birth | 身分證字號或居留證字號ID number or ARC number | 合於健保投保條件(請參閱※上表填寫**符號**) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **填表人簽章Applicant’s Signature：** | **日期Date：** **年 月 日** |
| **請註明加保/轉入生效日： 年 月 日** | **※建議與前一投保單位退保日期銜接****※出生嬰兒以出生日期為加保生效日** |

**元智大學**

**學術網路電子郵遞帳號申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 系所或單位名稱 |  | 申請人職稱 |  |
| 申請人姓名 |  | 身份証字號（暫時密碼） |  |
| 個人帳號（三個以上小寫英文字母） |  | 連絡電話/分機 |  |
| 附註：1.E-mail 地址為：個人帳號@saturn.yzu.edu.tw 2.本校離職員工，於離職生效或離校後，立即停用所有網路資源帳號之使用權，但電子信箱之帳號得經向資服處申請同意後延長使用至多一個月（依據元智大學網路使用管理辦法第五條規定）。3.個人資料（包含電子郵件）請自行備份，本校不負資料保管之責。4.受理個人帳號申請單位：人事室（分機2039）。 |

申請者簽名：

申請日期： 年 月 日

**元智大學職技人員補簽到(退)證明單**

 填表日期: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位 | 職稱 | 姓名 | 補簽到(退)日期 | 到校時間(補簽到) | 離校時間（補簽退） | 未能按時簽到事由 | 備註 |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |  |  |

 填表人 : 主管簽章 :

 說明：一、本證明經單位主管核准後，請逕送人事室登記註銷。

 二、申請補簽到(退)人員所陳述事由，如有虛偽情形，經查證屬實者將另予議處。

 三、學術網路電子郵遞帳號使用權限開放後，請改由個人Portal進行線上簽到退。

**元智大學非編制人員約聘契約書(適用研究計畫聘僱人員)**

**元智大學** (以下稱甲方) 為應臨時性/短期性/季節性/特定性業務需要聘僱

　　　　　 君 (以下稱乙方)，雙方訂立條款如下：

1. 聘僱期間：自中華民國 年 月 日起至 年 月 日止。
2. 聘僱單位：
3. 職　　稱：□研究助理 □ 研究員 □其他
4. 聘僱報酬：每月新台幣 元整（請填國字大寫）。
5. 甲乙雙方均瞭解本聘約係基於甲方臨時性/短期性/季節性/特定性業務之需要簽訂，除雙方另以書面約定外，聘期屆滿不再續聘；乙方應依規定辦妥離職手續。
6. 乙方應依雙方議定之業務及職掌範圍內，服從甲方聘僱單位主管或計畫主持人對公務之指示，於規定時間服勤，並在指定場所工作或待命。如因業務需要，須採輪班制或調整每日(或每週)上下班時間，得經甲乙雙方協商後調整之。
7. 聘僱期間，乙方應遵守甲方一切服務及管理規定；如因工作不力或違背有關法令及校內規章規定，致破壞團體紀律及影響本校校譽者，甲方得依相關規定不經預告逕行解僱之。
8. 乙方如因故須於約聘期滿前離職時，應依據勞動基準法所規定之預告時間提出申請，並依規定辦妥離職手續。
9. 甲方之聘僱單位(或計畫主持人)如因故須於約聘期滿前預告終止契約時，應以可供查證方式通知乙方，並依勞動基準法規定發給資遣費及給予謀職假。
10. 其他於本契約未規定之權利義務事項，悉依「元智大學非編制人員服務工作規則」及政府有關法令規定辦理。
11. 本契約一式二份，雙方各執一份，另由甲方轉致聘僱單位影本一份備查。

**甲方：**元智大學

**代表人：**校長 吳志揚

**聘僱單位主管：** (簽章)

**計畫主持人：** (簽章)

**乙方：** 　　　　　　　(簽章)

**住址：**

**身份證字號：**

中　　華　　民　　國 　　　年 　 　　　月 　 　　　日

**元智大學非編制人員約聘契約書(適用研究計畫聘僱人員)**

**元智大學** (以下稱甲方) 為應臨時性/短期性/季節性/特定性業務需要聘僱

　　　　　 君 (以下稱乙方)，雙方訂立條款如下：

1. 聘僱期間：自中華民國 年 月 日起至 年 月 日止。
2. 聘僱單位：
3. 職　　稱：□研究助理 □ 研究員 □其他
4. 聘僱報酬：每月新台幣 元整（請填國字大寫）。
5. 甲乙雙方均瞭解本聘約係基於甲方臨時性/短期性/季節性/特定性業務之需要簽訂，除雙方另以書面約定外，聘期屆滿不再續聘；乙方應依規定辦妥離職手續。
6. 乙方應依雙方議定之業務及職掌範圍內，服從甲方聘僱單位主管或計畫主持人對公務之指示，於規定時間服勤，並在指定場所工作或待命。如因業務需要，須採輪班制或調整每日(或每週)上下班時間，得經甲乙雙方協商後調整之。
7. 聘僱期間，乙方應遵守甲方一切服務及管理規定；如因工作不力或違背有關法令及校內規章規定，致破壞團體紀律及影響本校校譽者，甲方得依相關規定不經預告逕行解僱之。
8. 乙方如因故須於約聘期滿前離職時，應依據勞動基準法所規定之預告時間提出申請，並依規定辦妥離職手續。
9. 甲方之聘僱單位(或計畫主持人)如因故須於約聘期滿前預告終止契約時，應以可供查證方式通知乙方，並依勞動基準法規定發給資遣費及給予謀職假。
10. 其他於本契約未規定之權利義務事項，悉依「元智大學非編制人員服務工作規則」及政府有關法令規定辦理。
11. 本契約一式二份，雙方各執一份，另由甲方轉致聘僱單位影本一份備查。

**甲方：**元智大學

**代表人：**校長 吳志揚

**聘僱單位主管：** (簽章)

**計畫主持人：** (簽章)

**乙方：** 　　　　　　　(簽章)

**住址：**

**身份證字號：**

中　　華　　民　　國 　　　年 　　　　月 　　　　日

元智大學「新進人員」一般健康檢查表

紅框內資料請詳細填寫，有各項所指情況者，請在"□"打"ˇ"或在"\_\_"內填寫（如需本健檢資料請自行影印留存）

姓

名

身分證字號或統一證號

教職員工(編號 )

出生日期

單

位

到職時間

年

月

日

年

□男

□女

月

請

貼

照

片

學院

處

系、所

組、室、中心

組

永久住址：

聯

絡 通訊住址：□同永久地址

方

式 電子郵件：

工作地點：

館（大樓）

電

話

手機：

室； 辦公室電話：

婚 □未婚 □已婚

姻 □鰥寡 □離婚

緊急聯絡人姓名 關係 電話：( ) 手機：

 □無下列疾病 □氣 喘 □高血壓 □心臟病 □中 風 □腎臟病

 個 □B 型肝炎帶原 □C型肝炎 □高脂血症 □糖尿病 □甲狀腺疾病□痛風或高尿酸血症

 人 □消化性潰瘍 □關節炎 □癲 癇 □小兒痲痺 □血友病 □紅斑性狼瘡

 過 □攝護腺肥大 □貧 血 □精神疾病 □惡性腫瘤（\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）

 去 □重大手術(年齡/名稱) □住院史 (原因)

 病 □食物過敏(名稱) □藥物過敏 (名稱)

 史 □肺結核 □其他：

服藥 長期服藥： □無

□有，原因：

□高血壓

□高脂血症

□肝 癌

□攝護腺癌

藥物名稱：

□心臟病 □中 風 □腎臟病

□糖尿病 □甲狀腺疾病 □痛風或高尿酸血症

□肺 癌 □乳 癌 □子宮頸癌

□肺結核 □其 他：

家

族

病

史

□無下列疾病 □氣 喘

□B 型肝炎帶原 □C 型肝炎

□貧 血 □精神疾病

□胃 癌 □大腸癌

 1.睡眠習慣：平均每日睡眠時數\_\_\_\_\_\_\_小時；平均每週失眠\_\_\_\_\_\_\_次

最 2.運動習慣：a. □規則運動□未規則運動

近 b.平均每週運動\_\_\_\_\_\_\_次，每次運動\_\_\_\_\_\_\_分鐘，運動方式\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

半 3.飲食習慣：a. □三餐規則進食□經常不吃早餐□經常不吃午餐□經常不吃晚餐

年

健

康

行

為

 b.平均每天攝取\_\_\_\_\_\_\_碟蔬菜、\_\_\_\_\_\_\_個水果、\_\_\_\_\_\_\_種油炸食物。

 4.吸菸習慣：□未曾□有，平均一天約\_\_\_\_\_\_支，約\_\_\_年 (品名) ，□已戒 □未戒

 5.喝酒習慣：□未曾□有，平均每次約\_\_\_\_\_\_cc，平均每月\_\_\_\_次，約\_\_\_\_\_年，□已戒 □未戒

 6.嚼檳榔習慣： □未曾 □有，平均一天約\_\_\_\_\_\_顆，約\_\_\_\_\_\_年，□已戒 □未戒

 7.您是否有每餐飯後刷牙的習慣？ a.□是 □否b.每日共刷牙\_\_\_\_\_\_\_\_次

 8.您是否有每月量體重的習慣？□是 □否

 年 月至 年 月

 工作期間： 年 月至 年 月

（□物理性□化學性□生物性□輻射□電腻□其他）

作 到職前從事之工作：

業 □學生 ，系(所) 就學期間：

經 □非學生 公司名稱：

歷 工作內容：



健檢醫療院所名稱：

項

身

一

般

檢

查

頭

頸

部

胸

部

腹

口

 視

眼 力

睛

裸

矯

辨

腰

脈

血

皮

淋

甲

其

肺

心

其

目

高

圍

搏

壓

膚

巴 腺

狀 腺

他

部

臟

他

部

腔

視

正

□無異狀

□無異狀

□無異狀

右眼：

右眼：

□無異常

□異常

□未通過

右耳：□通過

□肝腫大 □脾腫大

□其他

□齲齒

□牙週病

□其他

□無異狀

□無異狀

□哮鳴

□囉音

□無異狀

□無異狀

□無異狀

／

□足癬

□淋巴結腫大

□甲狀腺腫大，

級

檢

查

公分 體

次/分

mmHg

□濕疹

檢查日期：

結

重

果

年

月

日

公斤

kg/m2

次/分

／

mmHg

公分 身體質量指數

脈 搏 複 查

血 壓 複 查

□其他

□其他

□呼吸音減弱

□其他

□其他

□心雜音 □心律不整

肌肉、骨、關節

□阻生齒

左眼：

左眼：

左耳：□通過

□缺牙

□其它

色 力

力

聽

□未通過

K/μL

M/μL

K/μL

%

肝功能SGPT：

U/L 空腹血糖SUG：

mg/dL 尿酸UA：

mg/dL 血紅素HB：

mg/dL 平均紅血球容積MCV：

mg/dL 白血球數WBC：

mg/dL 紅血球數RBC：

g/dL 血小板數PLT：

fL 血球容積比HCT：

實驗室

檢驗

肌酸酐CRE：

總膽固醇T-CHO：

三酸甘油脂TG：

尿

液 尿蛋白(UP)：

尿潛血(UOB)：

生理期：□是

□否

胸部 X 光（大片）：

總評

及建議

醫師簽章：

證書字號：

＊請務必加蓋機關印章，否則視同無效。

複診

追蹤

記錄

關心您自己的健康！如醫師總評有建議事項，請自行斟酌回健檢醫院或其他醫院(診所)複診。

