



# VNS Health (富康醫療)

## 年度健康及结核风险评估

姓名 (姓氏)	(名字)	(中间名)	员工 ID 号	职称	办公电话/手机号码
---------	------	-------	---------	----	-----------

家庭地址: (街道/门牌号)	(市)	(州)	(邮编)	住宅电话
----------------	-----	-----	------	------

1. 您认为自己的健康状况如何?  出色  良好  一般  很差

2. 过去 12 个月内, 您是否:

- 患有严重疾病?  是  否
- 患有传染性疾病?  是  否
- 接触任何传染病 (例如结核病等)?  是  否

如果您对上述任何一个问题的回答为“是”, 请列出疾病和/或接触情况

---



---



---

3. 过去 12 个月内, 您是否接受过医疗服务提供者的治疗?  是  否

如果是, 请说明:

---



---

4. 是否存在任何影响您健康的因素, 会导致患者及其家人或同事面临风险, 或妨碍您履行工作职责?

(此类因素包括但不限于对酒精、镇静剂、兴奋剂、麻醉剂或其他可能改变您行为的药物形成习惯或主动成瘾。)

是  否

如果是, 请说明:

---



---



---

5. 您是否定期服用处方药或其他药物?

是  否

如果是, 请说明用法, 包括用量、频率和目的。

---



---

反面继续填写

(两面均由员工或志愿者填写)

## 年度结核 (TB) 风险评估

1. 自上一次结核检测后，您是否在结核率升高的国家/地区（除美国、加拿大、澳大利亚、新西兰和北欧或西欧以外的所有国家/地区）逗留超过 30 天？

否  是，我在国外逗留超过 30 天，并且返回后尚未进行结核检测。

2. 您是否因器官移植、HIV 感染、免疫抑制药物治疗（例如 TNF- $\alpha$  拮抗剂（英夫利昔单抗、依那西普）、使用慢性类固醇（强的松 > 15 mg/天，持续超过 1 个月））等造成免疫系统功能低下？

否  是，其中一项或多项与本人情况相符

3. 自上一次结核评估后，您是否与活性结核病患者有过密切接触？

否  是，请列出您与活性结核病患者接触的日期和地点：

4. 自上一次评估后，您是否出现可能属于结核病的下列任何症状？

- |                    |                         |                         |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| a. 咳嗽达 3 周或以上      | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 是 |
| b. 咳血              | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 是 |
| c. 持续呼吸急促          | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 是 |
| d. 不明原因的发烧、发冷或盗汗   | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 是 |
| e. 不明原因的体重减轻       | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 是 |
| f. 无故疲倦及虚弱达 3 周或以上 | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 是 |
| g. 不明原因的胸痛         | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 是 |

如果是，请说明：

**重要须知：**如果您回答“是”，且正出现上述任何症状，请提交此评估表，并立即通知员工健康部 (Employee Health) 以及您的医疗服务提供者。如果不清楚如何与员工健康部联系，请咨询您的主管。

5. 您是否已诊断出结核感染或结核病，以及结核病皮肤测试或血液测试结果呈阳性？

否  是，我的结核检测结果呈阳性或患有结核感染  
请填写《结核检测呈阳性的结核风险评估》

员工签名：

日期：

健康服务签名：

日期：

备注：