

# 高雄市燕巢區衛生所

## 體格檢查表

檢查日期：民國      年      月      日      衛體檢字      號

注意事項：  
 1. 本證明未蓋關防及相片騎縫印章者無效。  
 2. 受檢人應自行貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查。  
 3. 本表格得書自檢者受檢之日需要而施【三個月】內有效。

相片貼處	姓名											出生年月日	民國	前	年	月	日	性別	結婚			
	籍貫	省      市										住址										
	身分證統一號碼												職業							檢查醫生		
	1. 身高：	公分		2. 體重：	公斤		3. 脈搏	次/分														
	4. 胸圍：	公分		呼： 吸：	次/分	)	5. 血壓：	/		mmHg												
	6. 營養：						7. 發育：			8. 體溫：	度(攝氏)											
9. 眼疾：左      右										10. 辨色力：												
11. 視力：左      (矯正)右      (矯正)雙眼      (矯正)																						
12. 耳疾：左      右										13. 聽力：左      右												
14. 鼻：																						
16. 口腔：																						
17. 牙齒：	左	8	7	6	5	4	3	2	1	右	8	7	6	5	4	3	2	1	○	齶齒	∅	阻生齒
		8	7	6	5	4	3	2	1		×	欠齒	△	補牙								
18. 皮膚：																						
19. 泌尿生殖器：																						
21. 四肢：																						
22. 畸形：										23. 肛門：												
24. 疝氣																						
25. 心臟：										26. 肺：												
27. 動脈血管：										28. 靜脈血管：												
29. 腹部：										30. 言語精神：												
31. 神經系統：										32. 甲狀腺：												
33. 淋巴腺：																						
34. 其他：																						
35. X光檢查(透視或照片)：										(      年      月      日片號      )												
36. 梅毒血素反應：										37. 血型：      型												
38. 血紅素：										紅血球：      白血球：												
39. 大便：										40. 小便：												
41. 其他：																						
意見及建議																						
用      途											主管人員簽章											