

高雄市阿蓮區衛生所

體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日 () 衛體檢字第 號

貼 相 片 處	姓名	出生年月日		民國	年	月	日	性別		
	籍貫	省	縣(市)		連絡電話					
	地址									
	身分證統一編號								職業	
1.身高：公分		2.體重：公斤						檢查醫師		
3.腹圍：公分		4.胸圍：公分		呼：公分		吸：公分				
5.血壓： / mmHg		脈搏		次/分						
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：		15.喉：								
16.口腔：		17.皮膚：								
18.脊柱：		19.四肢：								
20.畸形：		21.心：								
22.肺：		23.腹部：								
24.腹圍：公分		25.言語精神：								
26.其他：										
X光檢查(透視或照片)：										
(年 月 日片號)		報告：								
梅毒血清反應：										
血色素	紅血球	白血球							血小板	
空腹血糖：	膽固醇	三酸甘油脂							肌酸酐	
A型肝炎抗體：	B型肝炎抗原：	B型肝炎抗體：							C型肝炎抗體：	
肝功能(GPT)：	尿蛋白：	尿潛血							尿糖	
大便：	其他：傷寒									
意見及建議：										
用途				主管人員簽章						

注意事項：(一)本證明書自檢查日起三個月內有效。(二)本證明未蓋關防及相片騎縫印章者無效。(三)本表格得視受檢人需要而實施重點檢查。(四)受檢人應自行貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查。

