

高雄市田寮區衛生所 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									
	3.腹圍：	公分		4.胸圍：	公分		(呼：	公分	吸：	公分)				
5.脈搏	次/分		6.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：							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：													
意見及建議：														
結果	<input type="checkbox"/> 無顯著異常發現						<input type="checkbox"/> 由任職或要檢機關依體檢要求評定			醫師簽章				

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三個月內正面脫帽相片方得辦理檢查。