

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. 本表證明書自受檢之日起【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：)	次/分		(吸：)	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			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											