

高雄市永安區衛生所 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。