

# 高雄市梓官區衛生所

## 體格檢查表

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

注意事項：  
 2 1 . 本證明未蓋關防及相片騎縫印章者無效。  
 . 受檢人應自行貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查。  
 4 3 . 本證明書自視受檢人需要而起而施【三個月】內有效。  
 查

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：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	○	齲齒	∅	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														