

高雄市林園區衛生所 體格檢查表

是否願意參加減重活動

檢查日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 衛體檢字第 _____ 號

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。

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.其他：	25.言語精神：											
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											