

# 高雄市阿蓮區衛生所 體格檢查表

檢查日期：民國

年 月 日

(阿)衛體檢字第

號

貼 相 片 處	姓名		出生 年月日	民國 前國	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	身分證 統一編號			連絡 電話			職業	
	地址							
	1. 身高：                   公分		2. 體重：                   公斤		3. 體溫：                   度 (攝氏)			
4. 血壓：               /               mmHg		脈搏                   次/分		檢查醫師				
5. 視力：左           (矯正           ) 右           (矯正           ) 雙眼           (矯正           )								
6. 辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 色盲 <input type="checkbox"/> 其他								
7. 聽力：左           右				8. 眼疾：左：有           無   右：有           無				
9. 鼻：		10. 喉：						
11. 口腔：		12. 皮膚(手部)：						
13. 脊柱：		14. 四肢：						
15. 畸形：		16. 心：						
17. 肺：		18. 腹部：						
19. 營養：		20. 言語精神：						
21. 其他：								
X光檢查 (透視或照片)：		年           月           日						
(片號                   ) 報告：								
空腹血糖：		膽固醇：		三酸甘油脂：		肝功能 (GPT)：		
肌酸酐：		尿蛋白：		尿潛血：				
A型肝炎抗體IgM：				A型肝炎抗體IgG：				
B型肝炎表面抗原：				B型肝炎表面抗體：				
梅毒血清反應：				傷寒 (糞便)：				
意見及建議：								
用途				主管人員簽章				

本所  
關防

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正面脫帽相片方得辦理檢查. V1101216.2