

臺南市七股區衛生所體格檢查表

請貼近二 個月二吋 半身照片	姓名		生日	年月日	性別	
	住址	台南市				
	身分證統一編號		電話			
	1、身高： 公分、2 體重： 公斤、3 脈博： 次/分					
	4、胸圍： 公分、5 腰圍： 公分、6 血壓： /					
	7、營養： 8、體溫：度 (攝氏)					
	9、眼：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、牙齒： 左 <u>87654321</u> 右 <u>12345678</u> ○齶齒 §阻生齒 未檢 87654321 12345678 X 欠齒 △補牙						
18、皮膚：						
19、泌尿生殖器： 20、脊柱：						
21、四肢： 22、畸形：						
23、肛門： 24、疝氣：						
25、心臟： 26、肺部：						
27、腹部： 28、淋巴腺：						
29、甲狀腺： 30、言語：						
31、靜脈曲張：						
32、X 光檢查： (年 月 日 片號)						
33、梅毒血清反應：						
34、血型：						
35、生化檢查：						
36、大便常規： 小便常規：						
37、其他：						
總評						
承辦 人員	檢查 醫師	醫師兼所長 黃 瑞 明 醫字第 019446 號			檢查 日期	年 月 日

❶ 本證明未蓋關防及相片騎縫印章者無效。

查部位的視診、聽診、觸診。

條之體格檢查。

❷ 以上體格檢查為當時問診及理學檢查所見結果，包含可 檢

❸ 本檢查不適用為職業安全衛生法第 20

❹ ※ 浮水印僅供防偽使用，與體檢表記載內容無關。