

體格檢查表

附件二

姓名		性別		相 片
身分證統一編號				
出生日期	年 月 日	檢查日期	年 月 日	
住址				
身體 檢 查	身高	公分	體重	公斤
	血壓	/ 毫米汞柱	脈搏	次/分
	皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有疥瘡 <input type="checkbox"/> 無疥瘡 <input type="checkbox"/> 其它異常：		
	耳鼻喉及口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：		
	眼睛	右眼裸視視力： 左眼裸視視力： 右眼矯正視力： 右眼矯正視力：		
	頸部	淋巴腺腫大： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		甲狀腺腫大： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	胸部 心臟聽診 腹部 直腸肛門 四肢 其它	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：		
實 驗 室 檢 查	尿液檢查	酸鹼度		
	血液檢查	白血球： 血紅素：	紅血球： 血小板：	
	生化檢查	白蛋白： 膽固醇： 血糖： 腎肌酸酐： SGOT： 梅毒檢查： Anti-HIV：	球蛋白： 三酸甘油脂： 腎尿素氮： 尿酸： SGPT： B型肝炎表面抗原：	
	胸部 X 光	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：		
	糞便檢查	桿菌性痢疾： 寄生蟲感染：	阿米巴痢疾：	
檢查結果與建議				
檢查醫院：	(加蓋醫院關防)			
檢查醫師：	(簽章)			
中華民國	年	月	日	

★3個月內基本檢查項目