

臺南市下營區衛生所

體 格 檢 查 表

檢查日期： 年 月 日

體檢字第 號

貼相片處	姓名		出生日期	年 月 日	性別		年齡		
	出生地	省市	縣市	住址	市區	里	路	段	
	身分證統一編號								
	1. 身高： 公分 2. 體重： 公斤 3. 脈搏： 次/分								
	4. 胸圍： 公分(呼： 公分) 5. 血壓： / mmhg. (吸： 公分)								
	6. 營養： 7. 發育： 8. 體溫 度(攝氏)								
9. 眼疾：左 右		10. 辨色力：		眼科					
11. 視力：左 (矯正) 右 (矯正) 雙眼 (矯正)									
12. 耳疾：左 右		13. 聽力：左 右		耳鼻喉科					
14. 鼻：		15. 喉：							
16. 口腔：		牙科							
17. 牙齒：左 8 7 6 5 4 3 2 1 右 1 2 3 4 5 6 7 8 ○齶齒 ϕ阻生齒 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 x欠齒 ▲補牙									
18. 皮膚：		皮膚科 泌尿科							
19. 泌尿生殖器：									
20. 脊柱：		21. 四肢：		22. 畸形：		外科			
23. 肛門：		24. 疝氣：							
25. 心臟：		26. 肺部：		27. 動脈血管：				內科	
28. 靜脈曲張：		29. 腹部：		30. 神經系：					
31. 言語精神：		32. 淋巴腺：		33. 甲狀腺：					
34. 胸部 X 光：									
35. 梅毒血清反應：		36. 血型：		檢驗科					
37. 血色素： 紅血球： 白血球：		38. 大便： 39. 小便：							
意見及建議：									
用途				主管人員簽章					
注意事項：1. 本證明未蓋關防及相片騎縫章者無效 2. 受檢人應自行備妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查 3. 本證明書自檢查之日起三個月內有效 4. 本表格得視受檢人需要而施重點檢查									