

臺南市麻豆區衛生所

體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日

照片黏貼處 最近正面 脫帽相片 <small>騎縫印章</small>	姓名	生 日	民 國	年	月	日	電 話
	身分證 字 號	年 齡	歲	性 別			職 業
	戶 籍 住 址						
	1. 身高：_____公分		2. 體重：_____公斤		3. 脈搏：_____次/分		
4. 胸圍：_____公分		5. 腰圍：_____公分		6. 血壓：_____ mmHg			
(吸氣：_____公分/呼氣：_____公分)		7. 體溫：_____度(攝氏)					
8. 裸視視力：左眼：_____ 右眼：_____		矯正視力：左眼：_____ 右眼：_____					
9. 眼疾：		10. 辨色力：					
11. 耳鼻咽喉：		12. 聽力：左耳：		右耳：			
13. 口腔：							
14. 牙齒：		左	8 7 6 5 4 3 2 1	右	1 2 3 4 5 6 7 8	○ 齲齒	ψ 阻生齒
			8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	✕ 欠齒	△ 補齒
15. 皮膚：							
16. 泌尿生殖器：				17. 疝氣：			
18. 脊柱：				19. 四肢：			
20. 畸形：							
21. 心 臟：				22. 神經系統：			
23. 呼吸系統：				24. 言語精神：			
25. 靜脈曲張：				26. 淋巴腺：			
27. 腹 部：				28. 甲狀腺：			
29. 其 他：							
檢 驗	1 A型肝炎抗體 IgG：_____		臺南市麻豆區衛生所 臺南市麻豆區巷口里興國路 11-1 號 醫師簽章 _____ 中華民國 年 月 日				
	2. 梅毒血清檢查：_____						
	3. 愛滋病篩檢：_____						
	3. 其他：						
備註：							
是否抽菸： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
是否嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							

注意事項：一、本證明未蓋關防及相片騎縫印者無效。 二、本證明書自檢查之日起(三個月)有效。
 三、受檢人應自行貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查。 四、本表格得視受檢人需要而施重點檢查。