

# 臺南市山上區衛生所 體格檢查表

檢查日期：民國      年      月      日      所衛體檢字第      號

貼 照 片 處	姓名	出生 年月日	民國	年	月	日	性別	年齡		
	籍貫	住址								
	身份證 統一編號	職業				檢查醫師				
	1. 身高：      公分		2. 體重：      公斤		3. 脈搏：      次/分					
	4. 胸圍：      公分 (呼：      公分 吸：      公分)		5. 血壓：      /mmhg							
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：      )								
12. 耳疾：左      右		13. 聽力：左      右						身 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      ⊕阻生齒 ×欠齒      △補牙		
18. 皮膚：						皮 膚 科 泌 尿				
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：		26. 肺：		內 科						
27. 動脈血管：		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. 其他：										
35. X光檢查：(透視或照片)						放 射 科				
(      年      月      日片號      )										
36. 梅毒血清反應：		37. 血型：		型		檢 驗				
38. 血紅素：		紅血球：		白血球：						
39. 大便：		40. 小便：								
41. 愛滋病：		42. 其他：								
同意接受性傳染病抽血檢查。		簽名：								
意見及建議：										
(檢查醫師總評)										
用途					衛 生 所 主管人員簽章					

**注意** 1. 本證明未蓋關防及相片騎縫印章者無效。      3. 本證明書自檢查之日起「三個月」有效。  
2. 受檢人應自行貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查。      4. 本表格得視受檢人需要而施重點檢查。