

臺南市北門區衛生所 體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日 北衛體字第 號

相 片	姓名		身 份 証 號							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生日	民國前/後 年 月 日 (足歲)						電話	()			
	地 址	_____縣(市) _____鄉鎮市區_____村里_____鄰 _____路(街) _____段_____巷_____弄_____號_____樓										
疾 病 史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 高膽固醇 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺病 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 攝護腺癌 <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 <input type="checkbox"/> 其它											
身 體 檢 查	1. 身高：		公分			2. 體重：		公斤				
	3. 血壓：		/ mmHg			4. 脈搏：		次/分				
	是否規則： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
	5. 視力：左		(矯正：) 右			(矯正：) 雙眼：						
	6. 辨色力：					7. 聽力：						
	8. 頸部淋巴腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					9. 甲狀腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	10. 胸部：					11. 腹部：						
	12. 心臟聽診：					13. 皮膚：						
14. 四肢：					15. 胸部X光：							

- 注意事項：1. 本證明未蓋關防及騎縫章者無效。
 2. 本證明書自檢查之日起「三個月」內有效。
 3. 本表格得視受檢人之需要而施重點檢查。