

臺南市東山區衛生所 體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日

照片黏貼處	姓名		身分證字號		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生日	民國	年	月	日	電話： 手機：
	地址	市(縣) 區鎮鄉 村里 鄰				
		路(街) 段 巷 弄 號 樓				
用途	<input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 考試 <input type="checkbox"/> 其他： 已說明：本所「非」勞動部認可辦理 勞工體格及健康檢查之醫療機構					
疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 心血管疾病					
	<input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 中風					
	<input type="checkbox"/> 肺病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他					
身體檢查	1. 身高： 公分		2. 體重： 公斤			
	3. 血壓： / mmHg		4. 脈搏： 次/分			
	5. 視力：左 (矯正：)，右 (矯正：)，雙眼 (矯正：)					
	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： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：		11. 心臟聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：			
	12. 腹部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：		13. 四肢： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：			
	14. 皮膚： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：		15. 其他異常：			
	檢查醫師：					

- 注意事項：
1. 本證明未蓋關防及相片騎縫章無效。
 2. 受檢人應自行貼妥最近六個月正面脫帽照片方得檢查。
 2. 本證明書自檢查日期起三個月內有效。
 3. 本體檢表得視受檢人需要而施重點檢查。