

臺南市東山區衛生所 體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日 東衛體檢字第 號

照片 黏貼處	姓名			身分證字號		
	性別	☐ 男 ☐ 女		出生年月日	民國 年 月 日	
	住址	市/縣 區/鎮/鄉 里 路/街 巷 號				檢查醫師
	1. 身高：公分 3. 血壓：/ mmHg 5. 體溫：℃ 2. 體重：公斤 4. 脈搏：次/分					
6. 視力：雙眼 (矯正：) 左 (矯正：) 右 (矯正：) 7. 辨色力： 8. 眼疾：左 右 9. 聽力：左 右 10. 耳疾：左 右 11. 鼻： 12. 喉： 13. 口腔： 14. 牙齒：左 8 7 6 5 4 3 2 1 8 7 6 5 4 3 2 1 右 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8 ○齲齒 ⊕阻生齒 ×欠齒 ▲補牙						
15. 泌尿生殖器： 16. 疝氣： 17. 肛門： 18. 皮膚： 19. 四肢： 20. 畸形： 21. 心： 22. 肺： 23. 動脈血管： 24. 靜脈曲張： 25. 腹部： 26. 神經系統： 27. 言語精神： 28. 淋巴腺： 29. 甲狀腺： 30. 胸部X光： (民國 年 月 日片數)						
31. 血糖： mg/dl 32. 肌酸酐： mg/dl 33. 總膽固醇： mg/dl 34. 三酸甘油酯： mg/dl 35. SGOT： mg/dl 36. SGPT： mg/dl 37. 白血球： /μl 38. 紅血球： ×10⁶/μl 39. 血色素： g/dl 40. 血球容積比： % 41. 血小板： ×10³/μl 42. 尿液常規： 43. 糞便常規： 44. 桿菌性痢疾： 45. 阿米巴痢疾： 46. A型肝炎IgM抗體： 47. A型肝炎IgG抗體： 48. 傷寒： 49. B型肝炎表面抗原： 50. B型肝炎表面抗體： 51. C型肝炎抗體： 52. 其他：						
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印章者無效。
2. 受檢人應自行貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查。
3. 本證明書自檢查日起「三個月」有效。
4. 本表格得視受檢人需要而施重點檢查。