

接受收容照顧者體格檢查表

附件二

姓名				性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		相片	
身分證統一編號									
出生日期		年 月 日		檢查日期		年 月 日			
住址									
身體檢查	身高	公分		體重		公斤			
	血壓	/ 毫米汞柱		脈搏		次/分			
	皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有疥瘡 <input type="checkbox"/> 無疥瘡 <input type="checkbox"/> 其它異常：							
	耳鼻喉及口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：							
	眼睛	右眼裸視視力：			左眼裸視視力：				
		右眼矯正視力：			右眼矯正視力：				
	頸部	淋巴腺腫大： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			甲狀腺腫大： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
胸部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：								
心臟聽診	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：								
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：								
直腸肛門	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：								
四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：								
其它	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：								
實驗室檢查	尿液檢查	酸鹼度							
	血液檢查	白血球：			紅血球：				
		血紅素：			血小板：				
	生化檢查	白蛋白：			球蛋白：				
		膽固醇：			三酸甘油脂：				
	血糖：			腎尿素氮：					
	腎肌酸酐：			尿酸：					
	SGOT：			SGPT：					
	梅毒檢查：			B型肝炎表面抗原：					
	Anti-HIV：								
胸部 X 光	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：								
糞便檢查	桿菌性痢疾：			阿米巴痢疾：					
	寄生蟲感染：								
檢查結果與建議									
檢查醫院：		(加蓋醫院關防)							
檢查醫師：		(簽章)							
中華民國 年 月 日									

★3個月內基本檢查項目