

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	
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：		血小板：		
		血紅素：					
	生化檢查	白蛋白：	球蛋白：		三酸甘油脂：		
		膽固醇：	腎肌酸酐：		尿酸：		
	血糖：	SGOT：		SGPT：			
	梅毒檢查：	Anti-HIV：		B型肝炎表面抗原：			
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