

台東縣蘭嶼鄉衛生所 體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日

體檢字第

號

貼 相 片 處	姓 名			出生日期			性別	性別	結婚	已否		
	出生地	省市		縣市	住址							
	身分證統一編號					電話			檢查員			
	1. 身高：		公分		2. 體重：		公斤		3. 脈搏：		次/分	
	4. 胸圍：		公分(呼：		公分)		5. 血壓：		/		mmHg.	
			(吸：		公分)							
6. 營養：		7. 發育：		8. 體溫		度(攝氏)						
9. 眼 疾：左		右		10. 辨色力：								
11. 視 力：左		(矯正：		右		(矯正：						
12. 耳 疾：左		右		13. 聽力：左		右		耳鼻喉科				
14. 鼻：		15. 喉：										
16. 口腔：		牙科										
17. 牙齒：左		8 7 6 5 4 3 2 1		右		1 2 3 4 5 6 7 8		○齲齒		φ阻生齒		
		8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		×欠齒		▲補牙				
18. 皮膚：		皮膚科										
19. 泌尿生殖器：		泌尿科										
20. 脊柱：		21. 四肢：		22. 畸形：		外科						
23. 肛門：		24. 疝氣：										
25. 心臟：		26. 肺部：		內科								
27. 動脈血管：		28. 靜脈曲張：										
29. 腹部：												
30. 神經系：		31. 言語精神：										
32. 淋巴腺：		33. 甲狀腺：										
34. 其他：												

注意事項：一、本證明未蓋關防及相片騎縫印者無效。

三、本證明書自檢查之日起(三個月)有效。

35. X光檢查(透視或照片)(年 月 日 片 號)		放射科	
36. 梅毒血清反應：		37. 血型： 型	
38. 血色素：		紅血球： 白血球：	
39. 大便：		40. 小便：	
41. 其他			
意見及建議：			
用 途		主管人員簽章	

二、受檢人應自行貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查。 四、本表格得視受檢人需要而施重點檢查。