

台東縣鹿野鄉衛生所

檢查日期：民國 年 月 日 體格檢查表 體檢字第 號

貼 相 片 處	姓 名		出生日期: 年 月 日		性別: 男 女	結婚: 已 否
	身分證字號:			電話:		職業:
	住址					檢查人員
	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:						眼科
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 <u>8 7 6 5 4 3 2 1</u> 右 <u>1 2 3 4 5 6 7 8</u> ○齲齒 ϕ阻生齒 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 x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 :						
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						檢驗科
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			
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。 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。						