

宜蘭縣蘇澳鎮衛生所

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 年月日	民國 年 月 日	性別	男女	結婚	已否
	住址	縣市	鄉鎮 市區	村里	鄰	路街 段	巷弄	號	樓之
	身分證 統一號碼			職業		電話			檢查員
	1.身高	公分	2.體重	公斤	3.胸圍	公分	呼： 吸：	公分 公分	
4.血壓：		/	mmHg	5.脈搏		次/分			
6. 視力：左		(矯正：)	右	(矯正：)			
7. 雙眼視力：		(矯正)	8. 腰圍：	公分				
9. 吸菸： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已戒				10. 嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已戒					
11. 眼疾：左		右		12. 辨色力：					
13. 耳疾：左		右		14. 聽力：左		右			
15. 鼻：左		右		16. 喉：					
17. 口腔：									
18. 皮膚：				19. 四肢：					
20. 脊柱：				21. 畸形：					
22. 心臟：				23. 肺部：					
24. 靜脈曲張：									
25. 腹部：									
26. 神經系：				27. 言語：					
28. 淋巴腺：				29. 甲狀腺：					
30. 其他：									
31. X光檢查				(年 月 日片號)					
32. 實驗室檢查：(另附檢查報告單)									
意見及建議：						<input type="checkbox"/> 一般體檢 <input type="checkbox"/> 戴照體檢 <input type="checkbox"/> 營業衛生體檢 <input type="checkbox"/> 餐飲衛生體檢			
受檢人同意簽名：									
用途			醫師簽章						

注意事項

- ① 本證明未蓋關防及相片騎縫印章(鋼印)者無效。
- ② 受檢人應自行貼妥六個月內正面脫帽相片一式兩張方得辦理檢查。
- ③ 本證明書自檢查之日起「三個月」內有效。
- ④ 本表格得視受檢人需要而施重點檢查。