

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：公分	吸：公分	
4.血壓： / mm Hg.		5.脈博：次/分							
6.視力：左 (矯正：) ; 右 (矯正：)									
7.雙眼視力：		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.身心狀況： <input type="checkbox"/> 言語精神行為未發現異常 <input type="checkbox"/> 應至精神科或身心科進一步檢查，檢具醫師診斷證明									
31.其他：									

32.X光檢查：		(年 月 日 片號)	
33.實驗室檢查：(另附檢查報告單)		<input type="checkbox"/> 一般體檢 <input type="checkbox"/> 駕照體檢 <input type="checkbox"/> 營業衛生體檢 <input type="checkbox"/> 餐飲衛生體檢	
意見及建議：			
受檢人同意簽名：			
用途	<input type="checkbox"/> 一般體檢 <input type="checkbox"/> 機車體檢	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二張方得辦理。
- 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。