

# 院民體格檢查表

檢查

：民國      年      月      日

日期

姓名		性別		籍貫		省	縣	出生	年 月 日
						市	市		
住址								電話	
照  片  粘  貼  處	身分證統一號碼								
	檢 查 結 果						檢 查 機 關		
檢 查 醫 師						(簽章)		(加 蓋 印 信)	
身 高 :	公分	體 重 :	公斤	胸 圍 :	公分	(	呼 公分	)	吸 公分
色 盲 :		視 力 :		裸 視 左	右	雙 眼	眼 疾 :		
				矯 正 左	右	視 力			
聽 力 :	左	右	耳 :						
喉 :	鼻 :								
牙 齒 :	左	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	右	○ - 齲齒	φ - 阻生牙			
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		× - 缺損				
心 臟 :					血 壓 :	mmHg			
呼 吸 系 統 :									
腹 部 :					淋 巴 腺 :				
關 節 :					四 肢 :				
疝 氣 :					畸 型 :				
神 經 系 統 :					精 神 狀 態 :				
傳 染 性 疾 病 :									
病 名 診 斷 :	(請註明是否“癱瘓”、行動方便否?)								
胸 部 X 光 檢 查 (肺 結 核) :	(	年	月	日	片 號	)	(務必檢查)		

梅毒血清反應：	(務必檢查)	血 型：	型
血 色 素：	紅 血 球：	白 血 球：	
大 便：(桿菌性痢疾及阿米巴痢疾)：			(務必檢查)
小 便：			
肝功能檢查：		B 型肝炎：	(務必檢查)
其 他：AIDS			(務必檢查)
意見及建議：			

注意事項：因『肺結核』、『梅毒血清』、『B型肝炎』及『AIDS』係法定傳染病、『**桿菌性痢疾及阿米巴痢疾**』為規定檢查項目，請務必檢查，**表上其餘項目皆需檢驗。**

受檢人應自行貼妥最近三個月之正面脫帽相片並填妥個人資料後方得辦理檢查。

請受檢人接受相片上的核對。

假冒或頂替別人受檢時需負刑事責任。