



臺中市外埔區衛生所體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日 體檢字第 號

貼相片處 2吋照片	姓名	生日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	結婚	<input type="checkbox"/> 已 <input type="checkbox"/> 否
	住址	縣(市) 鄉(鎮市區) 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號之			用途		
	身分證號碼	職業	聯絡電話				
	備註	本人經醫護人員解釋後已了解下列檢查的意義及目的，並同意做下列檢查。 簽名：_____					檢查者 簽章
基本 檢查	1. 身高：	公分	2. 體重：	公斤			
	3. 腰圍：	公分	4. 體脂率 (BMI)：				
	5. 體溫：	度(攝氏)	6. 脈搏：	次/分			
	7. 呼吸：	次/分	8. 血壓：	/	mmHg		
理 學 檢 查	9. 眼疾：左 右	10. 辨色力：					
	11. 視力：左 (矯正) 右 (矯正)	雙眼 (矯正)					
	12. 基礎聽力：左 右						
	13. 外觀檢查 (含眼、耳、鼻、口腔、甲狀腺、胸腔、腹部、脊柱等)：						
	14. 四肢：	15. 畸形：					
	16. 泌尿生殖器：	17. 皮膚：					
實 驗 室 檢 查	20. 胸部X光檢查 (透視或照片) (年 月 日X光片號碼)：						
	21. 血液常規檢查：						
	血紅素：	g/dl (參考值： g/dl)	紅血球：	$\times 10^6$ /ul (參考值： $\times 10^6$ /ul)			
	白血球：	$\times 10^3$ /ul (參考值： $\times 10^3$ /ul)	血小板：	$\times 10^3$ /ul (參考值： $\times 10^3$ /ul)			
	血比容：	% (參考值： %)	平均血球容積：	fL (參考值： fL)			
	22. 血液生化檢查：						
空腹血糖：	mg% (參考值： mg%)	肌酸酐：	mg% (參考值： mg%)				
膽固醇：	mg% (參考值： mg%)	三酸酐油脂：	mg% (參考值： mg%)				
丙酮酸轉胺酶：	mg% (參考值： mg%)						
A型肝炎抗體：	<input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性						
B型肝炎表面抗原：	<input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	梅毒血清反應：	<input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性				
B型肝炎表面抗體：	<input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	HIV抗體檢查：	<input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性				
23. 尿液常規檢查：							
尿 糖：	<input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	尿蛋白：	<input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性				
尿潛血：	<input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性						
24. 其他：							
意見及建議：					醫師總評核章		

注意事項：1. 受檢人應自行貼妥最近3個月內正面脫帽相片2吋2張方得辦理檢查。
2. 體檢者如有任何不適異狀、曾患疾病或目前病症，務必於問診時詳細告知醫師。
3. 本表格得視受檢人需要而施重點檢查。
4. 本證明書自檢查之日起「三個月」內有效。本證明未蓋關防及相片騎縫印章者無效。