

宜蘭縣大同鄉衛生所

體 格 檢 查 表

檢查日期：民國 年 月 日

體檢字第

號

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。

貼 相 片 處	姓名		出生年	生月	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		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)												
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						