

新北市烏來區衛生所體格檢查表

病歷號

★工作地點：		檢查日期： 年 月 日					
姓名	生日	民國 年 月 日		性別	婚姻		
	電話			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 已 <input type="checkbox"/> 否		
身分證字號				檢查機關			
住址							
健康行為	吸菸史： <input type="checkbox"/> 有(年)、 <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 已戒						
	喝酒史： <input type="checkbox"/> 有(年)、 <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 已戒						
	嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 有(年)、 <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 已戒						
2吋或1吋 照片黏貼處		檢查結果					
		檢查醫師		簽章 (加蓋印信)			
1. 身高：	公分	3. 胸圍(呼/吸)：	/	公分	5. 血壓：	/	mmHg
2. 體重：	公斤	4. 腰圍：	公分	6. 脈搏：	次/分		
7. 營養：	8. 發育：	9. 辨色力：	10. 眼疾：左		右		
11. 視力：左 (矯正)；		右 (矯正)；		雙眼 (矯正)			
12. 聽力：左		右	13. 耳疾：左		右		
		14. 鼻：		15. 喉：			
16. 口腔：		17. 牙齒		左 8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8 右	
				8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	
				○齲齒 ⊕阻生齒		X欠齒 ▲補牙	
18. 皮膚：		19. 泌尿生殖器：		20. 畸形：			
21. 脊柱：		22. 四肢：		23. 心臟：		24. 肺部：	
25. 腹部：		26. 疝氣：		27. 肛門：		28. 言語精神：	
29. 淋巴腺(頸部)：		30. 甲狀腺：		31. 梅毒血清反應：			
32. 其他檢驗：傷寒()、A型肝炎IgM抗體()、B型肝炎表面抗原()							
33. X光檢查： (攝影日期：)							
備註							

注意事項：(1)本證明未蓋關防及相片騎縫章者無效。(2)本證明自檢查之日起三個月內有效。