

宜蘭縣員山鄉衛生所
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	市 區 鄉 鎮 段 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(吸： 鬆)								
	4.血壓： / mmHg. 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					

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。