

宜蘭縣壯圍鄉衛生所 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	縣市	鄉鎮市區	村里	鄰	路街	段	巷弄	號	樓之	
	身分證統一號碼				職業		電話				
	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. 其他：											
31. X光檢查：											
(年 月 日 片號)											
32. 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					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。