

# 南投縣仁愛鄉衛生所

## 一般體格檢查紀錄表

檢查日期： 年 月 日

仁衛體檢字第

號

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	年	月	日	照片黏貼處 (六個月內相片) (加蓋騎縫章)	
國民身分證統一編號 <small>居留證號碼或護照號碼</small>									
連絡電話									
住址									
身高		公分	體重：	公斤	腰圍：	公分			
血壓		/	mmHg		脈搏：	次/分鐘			
視力		裸視：(右)		(左)		(雙眼)			
		矯正：(右)		(左)		(雙眼)			
辨色力		<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 其他					
各系統之物理檢查	皮膚	<input type="checkbox"/> 外觀無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常					
	頭頸部	<input type="checkbox"/> 外觀無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常					
	胸部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常					
	腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常					
	四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常					
	其他								
胸部X光檢查		<input type="checkbox"/> 已檢查 ( <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常) <input type="checkbox"/> 未檢查							
<input type="checkbox"/> 營業場所從業人員	傳染性眼疾	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常					
	傳染性皮膚病	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常					
加驗項目									
醫師簽章及證書字號		醫師(簽章)： 醫師證號：醫字第 號							
醫療機構名稱		南投縣仁愛鄉衛生所(機構代碼：2338130011)							
地址		南投縣仁愛鄉大同村五福巷17號							
電話		049-2802341							

第一聯：報告聯 第二聯：存根聯

注意事項：本表未蓋關防者無效。

本表格修訂日期 1080904

中華民國

年

月

日