

體格檢查表

檢查日期： 年 月 日

體檢字第 號

貼 相 片 處	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生年月日	民國 年 月 日	結婚	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚
	身份證統一編號		電話	
	地址			
	1.身高：公分	2.體重：公斤	3.脈搏：次/分	
	4.胸圍：公分(呼：公分/吸：公分)	5.血壓：/mmHg		
	6.營養：	7.發育：	8.體溫：度(攝氏)	
	9.眼疾：左 右	10.辨色力：		
11.視力：左 (矯正：) 右 (矯正：)				
12.耳疾：左 右	13.聽力：左 右			
14.鼻：	15.喉：			
16.口腔：				
17.牙齒：左 87654321 右 12345678 87654321 12345678	○齲齒	∅阻生齒	×欠齒 ▲補牙	
18.皮膚：	19.泌尿生殖器：			
20.脊柱：	21.四肢：			
22.畸形：	23.肛門：			
24.疝氣：	25.心臟：			
26.肺部：	27.動脈血管：			
28.靜脈血管：	29.腹部：			
30.神經系統：	31.言語系統：			
32.淋巴腺：	33.甲狀腺：			
34.其他：				
檢查結果如上特此證明				
<h2>南投縣仁愛鄉衛生所</h2>				
		醫師	(蓋章)	
		醫字第	號	
中華民國		年	月 日	

注意事項：

1. 本證明未蓋關防及相片騎縫印章者無效。
2. 受檢人應自行貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查。
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。