

體 格 檢 查 表

投醫身檢字第

號

姓名		出生	年	月	性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	身份證號碼	
		年月日	() 歲						號
籍貫	省	縣市	住址			電話		手機	
檢 驗 記 錄									
體格		營養		身長	(公分)	體重		(公斤)	
胸圍		(公分)	吸氣		(公分)	呼氣		(公分)	
眼		色盲症		眼疾		視力	右	左	
						雙視			
耳	(包括鼓膜)	聽力		鼻喉		言語			
牙	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	⊗ = 缺少牙 ⊙ = 阻生牙			血壓	脈搏		
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				收縮	舒張	狀態	次數
心臟		肺部X光檢查	精神狀態 骨關節及肌肉 泌尿系統 靜脈曲張 腹壁及內臟 大便或其他			皮膚淋巴腺			
呼吸系統						疝氣			
神經系統			血液						
四肢			備註：(貼相片處)						
肛門及直腸									
動脈血管									
尿	液								
比重	蛋白質	糖質	顯微鏡						

檢 查 結 果 如 上 特 給 此 證

南 投 縣 中 寮 鄉 衛 生 所

醫字第

號

醫師

(簽名蓋章)

中華民國

年

月

日