

體 格 檢 查 表

投醫身檢字第

號

姓名	出生		年	月	性別	<input type="checkbox"/> 男	身份證號碼
	年月日		(歲)			<input type="checkbox"/> 女	
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		<table style="font-size: small; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	血 壓 脈 搏 收縮 舒張 狀態 次數	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																						
		⊗ = 缺少牙 ⊙ = 阻生牙																																			
心臟		肺部X光檢查	/		皮膚淋巴腺																																
呼吸系統		精神狀態			疝氣																																
神經系統		骨關節及肌肉	/		血液																																
四肢		泌尿系統			備註：(貼相片處)																																
肛門及直腸		靜脈曲張																																			
動脈血管		腹壁及內臟																																			
尿 液		大便或其他																																			
比重	蛋白質	糖質	顯微鏡																																		

檢 查 結 果 如 上 特 給 此 證

南 投 縣 魚 池 鄉 衛 生 所

醫字第

號

醫師

(簽名蓋章)

中華民國

年

月

日