

宜蘭縣宜蘭市衛生所 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 生日			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				檢查員			
	1. 身高： 公分 2. 體重： 公斤 3. 胸圍： 公分 (呼： 公分、吸： 公分) 4. 血壓： / mmHg. 5. 脈搏： 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. 身心狀況： <input type="checkbox"/> 言語精神行為未發現異常 <input type="checkbox"/> 應至精神科或身心科進一步檢查，檢具醫師診斷證明 31. 其 他：											
32. X光檢查： (年 月 日 片號)												
33. 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	<input type="checkbox"/> 一般體檢 <input type="checkbox"/> 機車體檢			醫師								

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。