

彰化縣芬園鄉衛生所體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日 體檢字第 號

(貼相片處) 請貼最近三個月內 正面脫帽2吋照片 ，方得辦理檢查。	姓 名							出 生 年 月 日	民國 年 月 日			
	身 分 證 字 號									性 別	☐ 男 ☐ 女	
	連絡電話							職 業				
	住 址	縣 市 鎮 里 路(街) 號之						市 區 鄉 村 段 巷 弄 樓				
1. 身高：	公分	2. 體重：						公斤	3. 腰圍：		公分	檢 查 醫 師
4. 血壓：	/ mmHg	5. 脈搏：						次/分鐘	6. 辨色力：			
7. 視力：左眼： (矯正) 右眼： (矯正) 雙眼： (矯正)												
8. 聽力：左 右		9. 胸部聽診：						10. 心臟聽診：				
11. 四肢是否健全：						12. 活動能力：						
13. 有無惡疾：						14. 言語精神狀態：						
15. 頭頸部：						16. 脊椎及關節：						
17. X光檢查： (年 月 日 / 片號)												
18. 其他(檢查或檢驗)：												
19. 意見及建議：						醫師兼主任						
注意事項： 1. 本表一式二份「姓名、出生年月日、電話」等各項請自行記載詳實。 2. 本表關防蓋於中華民國年月日之上。未蓋關防及相片騎縫章者無效。 3. 本表格得視受檢人需要而施重點檢查。 4. 本所非「辦理勞工體格與健康檢查醫療機構」。 5. 本表非勞工健康保護規則所訂定之一般體格檢查表。 6. 本表不作為運動比賽前體檢評估報告。 7. 本體格檢查表僅供一般證明用並自檢查之日起三個月內有效。									關 防			
中 華 民 國 年 月 日												