

# 彰化縣彰化市東區衛生所體格檢查表

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<br>年 月 日 | 民國 年 月 日 |     |                                                       |    |            |
|                                                                                                                                                                                                                             | 身 分 證<br>字 號 |                                    |  |  |  |             |  |              |          | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |    |            |
|                                                                                                                                                                                                                             | 連絡電話         |                                    |  |  |  |             |  |              |          | 職 業 |                                                       |    |            |
|                                                                                                                                                                                                                             | 住 址          | 縣 市 鎮 里 路(街) 號之<br>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<br>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：無設備 ( 年 月 日 / 片號 )                                                                                                                                                                                                 |              |                                    |  |  |  |             |  |              |          |     |                                                       |    |            |
| 18. 其他(檢查或檢驗)：無                                                                                                                                                                                                             |              |                                    |  |  |  |             |  |              |          |     |                                                       |    |            |
| 19. 意見及建議：                                                                                                                                                                                                                  |              |                                    |  |  |  | 醫師兼主任       |  |              |          |     |                                                       |    |            |
| 注意事項：<br>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。<br>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。<br>3. 本表格得視受檢人需要而施重點檢查。<br>4. 本所非「辦理勞工體格與健康檢查醫療機構」。<br>5. 本表非勞工健康保護規則所訂定之一般體格檢查表。<br>6. 本表不作為運動比賽前體檢評估報告。<br>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                                                                                                                                                                                                               |              |                                    |  |  |  |             |  |              |          |     |                                                       |    |            |