

臺中市神岡區衛生所

檢查日期：民國 年 月 日

體 格 檢 查 表

體檢字第 號

②注①
受意本
檢事證
人項明
應：未
自行合
貼蓋關
妥最近防
正面脫及
帽相片騎
方得逢
辦理印章
檢查者無效。

貼 相 片 處	姓名				出生 年月日	前 民國	年	月	日	性 別	男 女	結 婚	是 否		
	籍貫	省 市	縣 市	住 址	縣 市	鄉 鎮	村 里	街 路	段	巷 弄	號				
	身份證 統一號碼					電 話				職 業					
	1.身高：		公分		2.體重：		公斤		3.脈搏：		次/分				
	4.胸圍：		公分		(呼； 吸：)		公分		5.血壓		mmHg.				
6.營養：		7.發育：		8.體溫：		度(攝氏)									
9.眼 疾：左				右				10.辨色力				眼 科			
11.視 力：左				(矯正：)				右				(矯正：)			
12.耳 疾：左				右				13.聽 力：左				右		耳 鼻 喉 科	
14. 鼻：				15. 喉：											
16.口 腔：												牙 科			
17.牙 齒：		左		8 7 6 5 4 3 2 1		右		1 2 3 4 5 6 7 8		○齶齒		∅阻生齒			
				8 7 6 5 4 3 2 1				1 2 3 4 5 6 7 8		×欠齒		▲補 牙			
18.皮 膚：												皮 膚 科			
19.泌尿生殖器：												泌 尿 科			
20.脊 柱：				21.四 肢：				22.畸 形：				外 科			
23.肛 門：								24.疝 氣：							
25.心 臟：								26.肺 部：				內 科			
27.動脈血管：								28.靜脈曲張：							
29.腹 部：															
30.神經系：								31.言語精神：							
32.淋巴腺：								33.甲 狀 腺：							
34.其 他：															

④ ③
本表證明書自
得視自檢之日
起「三個月」
內有效。
受檢人須要而
施重點檢查。

35.X 光檢查(透視或照片)										放射科			
(年 月 日 片號)													
36.梅毒血清反應：					37.血型：					型		檢 查 科	
38.血色素：					紅血球：					白血球：			
39.大 便：					40.小 便：								
41.其 他：													
意見及建議：													
用 途		主管人員簽章											