

# 新北市新店區衛生所 體格檢查表

檢查日期 中華民國 年 月 日

注意事項：  
①本證明未蓋檢查單位關防及相片騎縫印章者無效。  
②受檢人應自行貼妥最近三個月正面脫帽相片方得辦理檢查。

照片黏貼處  最近三個月內 半身正面脫帽照片	姓名							性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	
	身份證 統一編號							出生 年月日	民國(前) 年 月 日	
	職業					電話			手機	
	地址	縣市		區						
健康檢查用途: <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 駕照(機車) <input type="checkbox"/> 考試 <input type="checkbox"/> 其他_____										
1.身高:          公分    2.體重:          公斤    3.血壓:          /          mmHg    4.脈搏:          次/分										
5.視力: 左眼          (矯正:          ) 右眼:          (矯正:          ) 雙眼:          (矯正:          )										
6.辨色力: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 紅綠色盲 <input type="checkbox"/> 紅綠色弱,但可辨別紅黃綠										
7.聽力:          左耳 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常:_____ 右耳 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常:_____										
8.外觀:(含眼.耳.鼻.甲狀腺.胸腔.腹部.四肢) <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常: <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫大 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 下肢水腫 <input type="checkbox"/> 手部皮膚異常 <input type="checkbox"/> 其他:_____										
9.口腔檢查: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他										
10.脊柱: <input type="checkbox"/> 無明顯異常          11.其他:										
12.血液檢查: <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 血液常規 <input type="checkbox"/> 血色素+白血球 <input type="checkbox"/> ABO 血型 <input type="checkbox"/> RH 血型										
13.生化檢查: <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 空腹血糖 <input type="checkbox"/> 肝功能(GOT) <input type="checkbox"/> 肝功能(GPT) <input type="checkbox"/> 尿素氮 <input type="checkbox"/> 肌酸酐 <input type="checkbox"/> 總膽固醇 <input type="checkbox"/> 三酸甘油脂 <input type="checkbox"/> 高密度脂蛋白 <input type="checkbox"/> 低密度脂蛋白										
14.血清免疫檢查: <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> A型肝炎 IgG 抗體 <input type="checkbox"/> B肝表面抗原 <input type="checkbox"/> C型肝炎抗體 <input type="checkbox"/> 德國麻疹 IgG 抗體 <input type="checkbox"/> A型肝炎 IgM 抗體 <input type="checkbox"/> B肝表面抗體 <input type="checkbox"/> 麻疹 IgG 抗體 <input type="checkbox"/> 腮腺炎 IgG 抗體 <input type="checkbox"/> 傷寒血清反應 <input type="checkbox"/> B肝核心抗體 <input type="checkbox"/> 水痘抗體										
15.糞便檢查: <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 潛血 <input type="checkbox"/> 寄生蟲 <input type="checkbox"/> 傷寒(桿菌性痢疾) <input type="checkbox"/> 志賀氏桿菌培養 <input type="checkbox"/> 阿米巴原體										
16.其他項目檢查: <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 尿液常規 <input type="checkbox"/> 胸部X光檢查 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____										
檢查結果及建議:										
本人同意接受 勾選項目檢查 同意人簽名		未滿20歲 受檢者監護人 同意人簽名		檢查 醫師						

- 1.本人已確認切結相片為三個月內所拍攝。
- 2.本人因就業用途已知新店區衛生所非勞動部認可辦理勞工體格及健康檢查之醫療機構，經解釋說明，並已自行和事業單位確認，仍希於該所完成受檢，如有任何異議，願自行負責。

受檢者簽名： \_\_\_\_\_

新北市新店區衛生所  
 地址：新北市新店區北新路一段88巷11號  
 電話：(02)2911-3984