台東縣延平鄉衛生所　體格檢查表

檢查日期：民國　年　月　日　　體檢字第　　號

貼相片處	姓 名		出生日期		性別	性別	結婚	已否
	出生地	省市　　縣市	住址					
	身分證統一編號		電話		檢查員			
	1.身高:　　公分 2.體重:　　公斤 3.脈搏:　　次/分							
	4.胸圍:　　公分(呼:　　公分) 5.血壓:　　/　　mmHg. (吸:　　公分)							
	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　◯齲齒 ϕ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：								

……

35.X 光檢查（透視或照片）(　　年　　月　　日 片　　號)			放射科
36.梅毒血清反應:　　37.血型:　　型			檢體科
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	

注意事項：一、本證明未蓋關防及相片騎縫印者無效。　　三、本證明書自檢查之日起（三個月）有效。

二、受檢人應自行貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查。　四、本表格得視受檢人需要而施重點檢查。