**衛生福利部中區兒童之家新進人員體檢表** 113.1年製

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性別：□男□女 | 生日： / / | **生活習慣** |
| 身分證字號 |  | 腰圍 |  | 抽菸 | 無□ 有□一天\_\_包，\_\_\_年 |
| ＊血壓 |  | 辨色力 |  |
| ＊脈搏 |  | 身高  |  | 喝酒 | 無□ 有□時間:\_\_\_年 |
| ＊呼吸 |  | 體重  |  |
| 聽力： 左 右 | 吃檳榔 | 無□ 有□時間:\_\_\_年 |
| 視力：左 (矯正： )、右 (矯正: ) |
| **檢查項目** | **檢驗結果** | **檢查項目** | **檢驗結果** |
| **醫師理學檢查：** |  | **血液檢查：** |  |
| ＊既往病史 |  | WBC 白血球 |  |
| Hb 血色素 |  |
| **尿液檢查：** |  |
| ＊自覺症狀 |  | 尿蛋白 |  |
| 潛血檢查 |  |
| **生化檢查：** |  |
| GOT (AST) |  | **心電圖檢查** |  |
| GPT (ALT) |  |
|  |  |
| A.C Sugar 飯前血糖 |  |  |  |
| Cholesterol 總膽固醇 |  |  |  |
| Triglyceride 三酸甘油脂 |  |  |  |
|  |  |
| Creatinine 肌酸酐 |  |  |  |
|  |
| 高密度脂蛋白膽固醇 |  |  |
| **＊胸部X光檢查 ：** |  | 胸部X光 請註明有無肺結核或其他病況 |
| **檢查結果綜合建議：** |  |

受檢日期: 年 月 日

檢查醫師簽名(蓋章): 檢查醫院蓋章: (加蓋醫院關防)