

110 年衛生福利部中區兒童之家新進人員體檢表

110 年製

姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日： / /		生活習慣	
身分證字號		腰圍		抽菸	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 一天__包，__年	
*血壓		辨色力				
*脈搏		身高		喝酒	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時間：__年	
*呼吸		體重				
聽力：		左	右	吃檳榔	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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：			*糞便檢查：			
*既往病史			阿米巴痢疾			
			桿菌性痢疾			
			寄生蟲			
*自覺症狀			血液特殊檢查：			
			HbsAg B 肝表面抗原			
生化檢查：			Anti-Hbs B 肝表面抗體			
GOT (AST)						
GPT (AST)			血液檢查：			
A. C Sugar 飯前血糖			WBC 白血球			
Cholesterol 總膽固醇			Hb 血色素			
Triglyceride 三酸甘油脂			尿液檢查：			
			尿蛋白			
Creatinine 肌酸酐			潛血檢查			
*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)