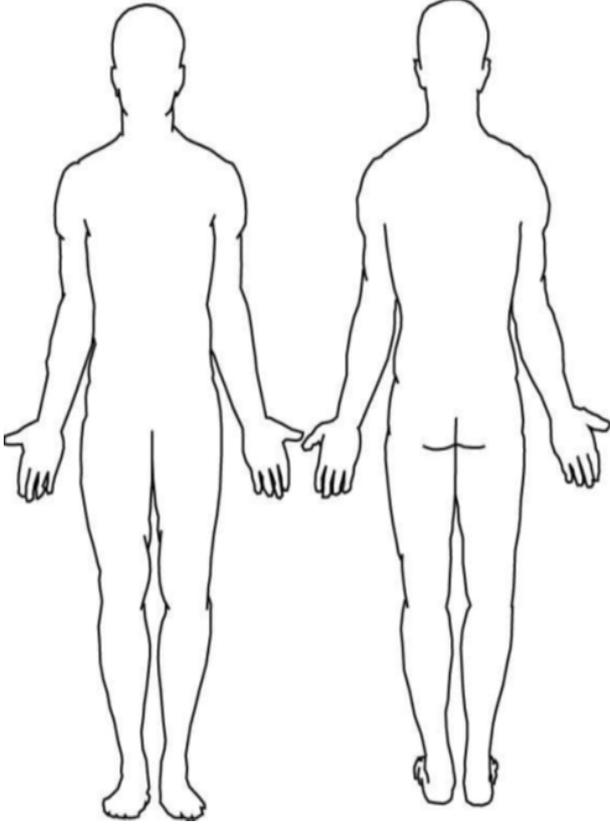


# 衛生福利部中區兒童之家緊急安置個案醫療紀錄表

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號：	出生：     年     月     日
體溫：	脈搏：     次/分
血壓：     /     mmHg	呼吸：     次/分
胸部 X 光檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____	
皮膚外觀： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(有無疥瘡或疑似皮膚傳染病)_____	
身體外觀檢查：	
外傷： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有—請於下圖記錄外傷部位、形狀、大小及程度。	
	

檢查日期：     年     月     日

檢查醫師蓋章：