

衛生福利部中區兒童之家在職人員體檢表

107 年製

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日： / /	照片
身分證字號：			
*血壓：	辨色力：		
*脈搏：	身高： cm		
*呼吸：	體重： Kg		
聽力： 左 右			
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：			
*既往病史			
*自覺症狀		血液特殊檢查：	
		HbsAg B 肝表面抗原	
生化檢查：			
GOT (AST)		Anti-Hbs B 肝表面抗體	
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)