**衛生福利部中區兒童之家新進人員體檢表 107製**

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)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性別：  □男□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：** | |  | | **＊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：** | |  | |
| 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：** | |  | | | | |