

# 臺中市南屯區衛生所體格檢查表

檢查日期：民國    年    月    日

體檢字第

號

請貼最近六個月內正面脫帽2吋照片，方得辦理檢查。(一式2張)	姓名		生日	民國    年    月    日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證字號		電話		職業	
	住址	縣市 段	區鄉 巷	里 弄	路街 號	婚姻
1. 身高：                                  公分      2. 體重：                                  公斤					檢查醫師	
3. 血壓：                                  /                                  mmHg      4. 脈博：                                  次/分鐘						
5. 腰圍：                                  公分      6. 呼吸：                                  次/分鐘						
7. 視力：左    (矯正：    ) 右    (矯正：    ) 雙眼    (矯正：    )						
8. 辨色力：						
9. 聽力：左                                  右						
10. 四肢：                                  11. 畸形：						
12. 言語精神：						
13. 外觀檢查：(含眼、耳、鼻、口腔、甲狀腺、皮膚、腹部、胸部、脊柱)						
14. 梅毒血清反應(含愛滋病篩檢)： <b>血清送驗中</b>						
15. 其他：						
意見及建議：						
本人同意以上健康檢查項目，請簽名： _____						
醫師兼主任				機關印信		

- 注意事項：(1) 本所非「辦理勞工體格與健康檢查醫療機構」  
 (2) 本證明未蓋關防及相片騎縫印章者無效。  
 (3) 本證明書自檢查之日起「三個月」內有效。  
 (4) 本證明書兵役及訴訟無效。

本體檢表三個月內有效，於  
 年    月    日後逾期失效

# 臺中市南屯區衛生所體格檢查表

檢查日期：民國    年    月    日

\* 請體檢者於檢查前將資料先行詳細填寫，以供醫師參考。

\* 體檢者如有任何不適異狀、曾患疾病或目前病症，務必詳實填寫告知醫師。

疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺病 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 攝護腺癌 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 曾手術：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
長期服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 用藥原因：_____
家族病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 攝護腺癌 <input type="checkbox"/> 其他：_____
健康行為	<p>1. 最近半年來，您吸菸的情形是：</p> <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 朋友敬菸或應酬才吸菸 <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸（含以下） <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸以上 <input type="checkbox"/> 戒菸（約自_____起） <p>2. 最近半年來，您喝酒的情形是：</p> <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝酒或應酬時才喝 <input type="checkbox"/> 經常喝酒 <input type="checkbox"/> 戒酒（約自_____起） <p>3. 最近半年來，您嚼檳榔的情形是：</p> <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 偶爾會嚼或應酬才嚼 <input type="checkbox"/> 經常在嚼或習慣嚼食 <input type="checkbox"/> 戒檳榔（約自_____起） <p>4. 您今年是否接受過口腔癌篩檢？    <input type="checkbox"/> 否            <input type="checkbox"/> 是</p> <p>5. 您今年是否接受過大腸癌篩檢？    <input type="checkbox"/> 否            <input type="checkbox"/> 是</p> <p>6. 您今年是否接受過乳癌篩檢？（男性免答）    <input type="checkbox"/> 否            <input type="checkbox"/> 是</p> <p>7. 您今年是否接受過子宮頸抹片檢查？（男性免答）    <input type="checkbox"/> 否            <input type="checkbox"/> 是</p> <p style="text-align: right;">受檢者請簽名：_____</p>