

新 北 市 三 芝 區 衛 生 所

體 格 檢 查 紀 錄 表

檢查日期：民國 年 月 日

基 本 資 料	姓 名				相 片 黏 貼 處
	性 別	☐ 男 ☐ 女	生 日	/ /	
	身 分 證 字 號				
	電 話				
	住 址				
一 般 檢 查	身高 公分 體重 公斤				
	血壓 / mmHg 脈搏 次/分				
	裸視視力：右眼 左眼 雙眼				
	矯正視力：右眼 左眼 雙眼				
醫 師 檢 查	聽力：左 右				
	眼疾：左 右 辨色力：				
	耳 鼻 喉 及 口 腔				關 防 蓋 印 處
	頸 部				
	肺 部 聽 診				
	心 臟 聽 診				
	腹 部 檢 查				
	脊 柱				
	四 肢				
	皮 膚				
言 語 精 神					
其 他 異 常					
心 電 圖 檢 查		☐ 無檢查 ☐ 無異常			
胸 部 X 光 檢 查		☐ 無檢查 ☐ 如附件			
其 他 檢 查		☐ 無檢查 ☐ 如附件			
總結及建議：				檢查醫師簽章	

注意事項

- ◎ 本證明書未蓋關防及相片騎縫印章者無效
- ◎ 受檢人應貼妥最近正面脫帽相片方得辦理檢查
- ◎ 本證明書自檢查日起【三個月】內有效