

連江縣大同之家住民申請入家體格檢查表

姓名		性別		身分證字號		照片黏貼處
出生日期	年 月 日	地址				
1.身高：	公分		2.體重：	公斤		
3.生命徵象：(1)體溫 (2)脈搏 (3)呼吸 (4)血壓						
4.色盲：		5.視力：	裸視：左 右 矯正：左 右	雙眼視力：		6.眼疾：
7.聽力：		8.耳：		9.喉：		10.鼻：
11.牙齒：	左 8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8 右		齲齒 — 阻生牙 / 缺牙 X	
假牙：		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 活動 <input type="checkbox"/> 上排 <input type="checkbox"/> 下排	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 上排 <input type="checkbox"/> 下排		
12.心臟：		13.呼吸系統：		14.皮膚：		
15.腹部：		16.淋巴腺：		17.關節：		
18.四肢(是否畸形)：				19.疝氣：		
20.神經系統：						
21.精神疾病：						
22.失智症：						
23.血液常規檢查：(1)血色素 (2)紅血球 (3)白血球 (4)血小板						
24.生化檢查：(1)血糖檢查 飯前血糖 醣化血色素 (2)血脂肪檢查 膽固醇 三酸甘油酯						
(3)肝膽功能 SGOT SGPT Bilirubin (4)腎功能 BUN Cr						
(5)血清電解質 Na K (6)尿酸 (7)白蛋白						
25.尿液常規：(1)酸鹼值 (2)尿糖 (3)尿蛋白 (4)尿潛血						
26.糞便檢查：(1)桿菌性痢疾 (2)阿米巴痢疾 (3)寄生蟲(蟯蟲、蛔蟲)						
27.胸部X光檢查(有無肺結核)：						
28.肝炎檢查：(1)B肝抗原 (2)B肝抗體						
29.HIV： 30.VDRL：						
第29，30項為非必須檢查之項目，但為維護您的健康，亦建議您檢查。						
檢查結果與建議：						
檢查醫院： (加蓋醫院關防) (需為公立或區域級以上醫院)						
檢查醫師： (簽章)						
檢查日期： 年 月 日						