

體格檢查紀錄表

113.12.19 修正

一、個人基本資料

姓名：_____

身分證字號：_____

性別： 男 女婚姻狀況： 已婚 未婚

出生年月日：民國_____年_____月_____日

地址：_____

電話：_____

體檢報告：親自至醫院領取 郵寄給本人(自備回郵信封)請貼近三個月內
二吋彩色脫帽照片

二、檢查內容

身高：_____公分 體重：_____公斤

血壓：_____ / _____ mmHg

辨色力：_____

視力：右眼視力(裸視/矯正)：_____ 左眼視力(裸視/矯正)：_____

項目	結果	屬性	正 常	
			是	否
1. 結核病胸部 X 光檢查				
2. A 型肝炎 IgM 抗體〔Anti-HAV IgM〕		<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		
3. A 型肝炎 IgG 抗體〔Anti-HAV IgG〕		<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		
4. 傷寒糞便檢查				

三、檢查結果：1-4：合格〔以上均正常〕 不合格

總檢查醫師：_____〔簽章〕 檢查日期：_____年_____月_____日

◎受檢人員注意事項：

1. 體檢不需空腹禁食，可正常用餐。
2. 準備懷孕或懷孕其間，請勿接受 X 光照射檢查，可用痰抹片代替檢查。
3. 本檢查項目約需七天至十天方有結果，請提早至醫院檢查。
4. 受檢人應於檢查前自行填妥個人資料項目，並貼妥近三個月二吋彩色脫帽照片一張。
5. 受檢人應攜帶身分證/健保卡正本供醫院人員查驗。
6. 限行政院衛生署評鑑合格之〔準〕醫學中心、〔準〕區域醫院及教學醫院檢查。
7. 受檢人可自備掛號回郵信封供醫院寄送檢查結果，或親自至醫院領取。