

## 財團法人慈懷社會福利基金會慈懷園

## 體格檢查表 檢查日期:

注意：請蓋醫院關防及騎縫章

請貼相片	姓名		出生年月日	年 月 日	身分證統一號碼		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	聯絡電話	03-9231208	聯絡地址	246 宜蘭縣員山鄉粗坑路 245 號			檢查員		
	1. 身高:	公分	2. 體重:	公斤	3. 脈搏:	次/分			
	4. 血壓:	/ mmHg	5. 胸圍:	公分					
6. 營養:		7. 發育:		8. 體溫:		度			
9. 視力:左 (矯正: ) 右 (矯正: )		10. 眼疾:左 右:		11. 辨色力:					
12. 耳疾:左 右:		13. 聽力:左 右:		14. 鼻:		15. 喉:			
16. 口腔:									
17. 牙齒:左		8 7 6 5 4 3 2 1	右	8 7 6 5 4 3 2 1	(D 蛀牙 M 缺牙 F 填補 T 應拔)				
		8 7 6 5 4 3 2 1		8 7 6 5 4 3 2 1					
18. 皮膚: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有刺青(特徵: _____) <input type="checkbox"/> 有感染性皮膚病病名: <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 其他: _____									
19. 四肢:		20. 疝氣:							
21. 一般外觀									
脊柱:		眼:	耳:	鼻:	喉:	口腔:			
甲狀腺:		淋巴腺:	靜脈曲張:	腹部:	其他:				
22. 心臟:				23. 肺部:					
生化檢查									
1. X光檢查: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常: _____ ( 年 月 日片號: _____ )									
2. 血液檢查:									
血色素(Hb):		白血球(WBC):	紅血球(RBC):	血型: 型					
血小板(PLT):		血球比容(Hct):	% 平均血球容積(MCV):						
3. 肝炎檢查									
B肝表面抗原:		A肝抗體免疫球蛋白:		肝機能: GOT		GPT			
B肝表面抗體:		C肝病毒抗體:							
4. 尿液檢查:									
懷孕: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		外觀:	毒品藥物(安非他命):		尿糖:				
尿蛋白:		尿酸:	白血球:	紅血球:					
5. 腎功能: BUN		CRE							
6. 總膽固醇:		血糖(AC)	三酸甘油酯:	高密度脂蛋白膽固醇:					
7. 糞便檢查: 依宜蘭縣政府衛生局 98.07.23 衛疾字第 0980012618 號來函, 建議機構健康評估均需接受阿米巴性痢疾檢查, 該檢驗請採用『濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查』或『痢疾阿米巴糞便抗原酵素連結免疫吸附分析法(ELISA)』辦理, 避免採用『間接血球凝集法(IHA)』。									
桿菌性痢疾:		阿米巴:							
潛血:		寄生蟲:							
8. 性病檢查:									
梅毒血清反應:		愛滋病毒檢驗(HIV):			披衣菌:				
淋病: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: _____		尖型濕疣: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: _____							
意見及建議:									
檢查醫師簽章:				檢驗醫院主管人員簽章:					

財團法人慈懷社會福利基金會慈懷園

體 格 檢 查 表 檢查日期:

參考值:

2. 血液檢查: 血色素:(正常值:男 14-18 女 12-16) 白血球:(正常值:5000-10000) 紅血球:(正常值:男 450-600 女 400-550)
3. 肝炎檢查 B 肝表面抗原:(-), (<229)      A 肝抗體免疫球蛋白:(+)5794 B 肝表面抗體:                      C 肝病毒抗體:<100
4. 尿液檢查: 毒品藥物安非他命: (-)<0.3 尿糖:(正常值: - ) 尿蛋白:(正常值:<(+)) 白血球:(正常值:0-5) 紅血球:(正常值:0-3)