

臺中榮民總醫院體格檢查表

(一)有效期間三個月
(二)限國內使用
(三)兵役無效

貼相片處 請核對身 份證照片 (加蓋騎縫章)	姓名			性別			檢查醫院 (加蓋印信)
	出生 年月日			籍貫	省 縣(市)		
	住址						
	電話						
過去病史 (工作經歷)		檢查日期		年	月	日	
身高	公分	體重	公斤	BMI=	(18.5-24)	血壓	/ mmHg
脈搏							次/分鐘
色盲	<input type="checkbox"/> 無異常		眼疾	<input type="checkbox"/> 無異常		視力	左 (矯正:)
	<input type="checkbox"/> 色盲			<input type="checkbox"/> 異常			右 (矯正:)
耳(包括鼓膜)	<input type="checkbox"/> 無異常		鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異常		聽力	<input type="checkbox"/> 無異常
	<input type="checkbox"/> 異常			<input type="checkbox"/> 異常			<input type="checkbox"/> 異常
理學 檢 查	頸部 <input type="checkbox"/> 無異常		心臟 <input type="checkbox"/> 無異常		呼吸系統 <input type="checkbox"/> 無異常		
	<input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 異常		
	腹壁及內臟 <input type="checkbox"/> 無異常		消化系統 <input type="checkbox"/> 無異常		皮膚及淋巴腺 <input type="checkbox"/> 無異常		
	<input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 異常		
神	經系統 <input type="checkbox"/> 無異常		骨關節及肌肉 <input type="checkbox"/> 無異常		四肢 <input type="checkbox"/> 無異常		
	<input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 異常		
精	神狀態 <input type="checkbox"/> 無異常		其他		腹圍		
	<input type="checkbox"/> 異常				公分		
胸部 X 光檢查							
血液 常規 檢查	紅血球 RBC : M/cumm (男:4.5-6.0, 女:3.7-5.5)		血色素 Hgb : g/dl (男:12.3-18.3, 女:11.3-15.3)				
	血球比值 HCT : % (男:40-52, 女:37-47)		平均紅血球容積 MCV : CUU (80-100)				
	白血球 WBC : /cumm (4000-11000)		血小板 Platelet : x 1000 /cumm (150-400)				
血液 生化 檢查	麩氨酸丙酮酸轉胺酶 GPT(ALT5) : U/L (10-)		膽固醇 Cholesterol : mg/dl (<200)				
	麩氨酸草酸轉胺酶 GOT(AST) : U/L (8-38)		三酸甘油酯 TG : mg/dl (<150)				
	肌酸酐 Creatinine : mg/dl (0.7-1.4)		B 型肝炎表面抗原 HBsAg				
	血糖 Glucose : mg/dl (空腹: 70-99)		B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs				
尿液 常規	尿蛋白 Urine protein <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 有		尿糖 Urine sugar <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 有		尿潛血 Urine O.B. <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 有		
	紅血球 RBC : /HP(0-2)	白血球及膿細胞 WBC&PUS : /HP(男:0-2, 女:0-5)		上皮細胞 Epith.cell : /HP(不一定)			
糞便 常規	糞便潛血 Stool O.B. <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 有		糞便培養檢查		HIV 抗體檢查		
	糞便寄生蟲卵 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		煙毒尿液檢查 (嗎啡、安非他命)		梅毒血清檢查		
其他							
總評							
受檢人同意檢查簽章：			製作人員簽章：			醫師簽章：	

經病歷委員會決議通過。