

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		齶齒 — 阻生牙 / 缺牙 X			
	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8					
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	糖化血色素	(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(入住前1週內)：	(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								