

臺北市立聯合醫院

一般體格檢查表



檢查日期：
年 月 日

北 市 聯 醫 體 檢 字
第 號

(自填欄位)

請貼最近六個月內正面 脫帽兩吋照片	姓名		出生 年月日	民國(前) 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身份證 字 號		聯 絡 電 話	1. : 2. :	職業
	戶 籍 地 址	縣 市 鄉 鎮 區	路 段 巷 弄	號 樓	

1. 身高： 公分	2. 體重： 公斤	檢查醫師
3. 血壓： / mmHg	4. 脈搏： 次/分	
5. 視力：左 (矯正：) 右 (矯正：)		
6. 辨色力：	7. 聽力：左 右	
8. 四肢：	9. 畸形：	
10. 精神狀態：	11. 胸腔：	
12. 外觀檢查：(含眼、耳、鼻、口腔、甲狀腺、皮膚、腹部)		
13. 其他：		

14. 胸部 X 光檢查：	
15. 梅毒血清反應： <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 報告另發給本人	16. HIV 抗體檢查： <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 報告另發給本人
17. A 型肝炎抗體 (Anti-HAV IgM)：	
18. B 型肝炎表面抗原：	19. B 型肝炎表面抗體：
20. 血液三項 白血球： $\times 10^3/\mu l$ 參考值：3.54-9.06 $\times 10^3/\mu l$ 紅血球： $\times 10^6/\mu l$ 參考值：男 4-5.52 $\times 10^6/\mu l$ 女 3.78-4.99 $\times 10^6/\mu l$ 血紅素： g/dl 參考值：男 13.2-17.2 g/dl 女 10.8-14.9 g/dl	21. 尿液 尿糖： 尿潛血： 尿蛋白：
22. 傷寒糞便檢查(桿菌性痢疾)：	23. 傷寒血清檢查：
24. 其他檢驗項目： 空腹血糖：_____mg/dl 參考值：70-100mg/dl 肌酸酐：_____mg/dl 參考值：0.5-1.3mg/dl 膽固醇：_____mg/dl 參考值：130-200mg/dl 三酸甘油酯：_____mg/dl 參考值：35-200mg/dl 高密度脂蛋白膽固醇：_____mg/dl 參考值：>40 mg/dl 低密度脂蛋白膽固醇：_____mg/dl 參考值：<130 mg/dl 丙酮酸轉胺酶：_____U/L 參考值：7-42U/L	25. 心電圖：
26. 其他	

確認體檢項目簽名：

106.(宏煒)CC04111000

注 意 事 項

1. 本表請多填一份留本院存根（如係自備體檢表者，請另填此表一份為存根）。
2. 表格照片請用同式之最近六個月內半身正面脫帽照片，背景需素色，請勿戴墨鏡。
3. 本表「姓名、出生年月日、電話、身份證字號、地址」等各項請自行記載詳實。
4. 不需X光檢查及檢驗者，請憑繳費收據至一般體檢領件區加蓋關防，以完成手續。
5. 若有抽血或檢驗則需 7 個工作天後領取報告，特殊檢查時間另計。
6. 收費：
 - (1)體檢證明書費每份 370 元，每加一份正本 50 元，影本一份 15 元。受檢日期超過三個月以上，僅以影印本上蓋「與正本相符」，並以五個工作天為作業時間。
 - (2)X光及各項檢查費用另計，請於體檢時一併提出申請。
7. 本表未蓋關防及照片騎縫章者無效，並自檢查之日起三個月內有效。