

退除役官兵輔導委員會

榮民之家申請入住體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日

姓名		性別		出生地		出生日期	年 月 日
住址							
照片黏貼處 照片 2 吋 2 張 (一張貼此處) (一張交醫院) (請於檢查前一晚 12 時後請勿進食)	身份證統一編號				檢查機關		
	檢查醫師		(簽章)		(加蓋印信)		
身 高：		體 重：		血 壓：			
胸部 X 光(是否具傳染性)： <input type="checkbox"/> 正常； <input type="checkbox"/> 異常目前 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否具傳染性							
生化檢查	血糖(sugar)		GOT		肌酸酐 (creatinine)		
	總膽固醇		GPT		B 肝表面抗原 (HBsAg)		
	三酸甘油脂		尿氮素(BUN)				
血液常規	紅血球(RBC)		白血球(WBC)		血小板 (Platelet)		
	血色素(Hb)		血比容(Hct)		梅毒		
尿液常規	酸鹼度		蛋白質		糖		
	潛血		紅血球		白血球		
	膿細胞		上皮細胞		圓柱體		
糞便	阿米巴痢疾		桿菌性痢疾		寄生蟲		
☆補充說明：糞便檢查日期應於一週內，逾期應再檢查。							
☆由榮家通知體檢，預計進住日期之一週內體檢。							