臺中市第六區居家托育服務中心
體格檢查記錄表

體檢至第　　號

請貼近三個月內二吋彩色脫帽照片

一、個人基本資料

姓　　名：_____

身分證字號：_____

性　　別：☐ 男　☐ 女

出生年月日：民國_____年_____月_____日

地　　址：_____

電　　話：_____

體檢報告：☐親自至醫院領取　☐自備回郵信封郵寄給本人

二、檢查項目

身高	公分	體重	公斤
視力	裸視-左眼:　右眼:	血壓	收縮壓　mmHg
	矯正-左眼:　右眼:		舒張壓　mmHg
辨色力	☐正常　☐異常		

項目 ＼ 結果	屬性	正常	
		是	否
1.結核病胸部 X 光檢查			
2.A 型肝炎 IgG 抗體(HAV IgG)	☐ 陰性 ☐ 陽性		
3.A 型肝炎 IgM 抗體(HAV IgM)	☐ 陰性 ☐ 陽性		
4.傷寒檢查(糞便檢驗)			

三、檢查結果：☐ 合格(以上 1-4 項均正常)　☐ 不合格

總檢查醫師：_____(簽章)　檢查日期：____年____月____日

四、注意事項

1. 體檢項目：結核病胸部 X 光、A 型肝炎檢查、傷寒檢查其中一項不合格，則無法申請登記居家托育人員。
2. 檢查項目約八個工作天，受檢人應攜帶身分證及健保卡正本供醫院人員查驗。
3. 受檢人應於檢查前自行填妥個人資料項目，並貼妥近三個月照片乙張。
4. 限行政院衛生署評鑑合格之醫學中心.區域醫院.教學醫院及地方醫院檢查。