



附表二

兵籍表(二)

役男體格檢查表

基本資料	檢查日期： 年 月 日		一、 二、 照、最 片近 背半 面年 寫內 姓照 名吋 片	34.梅毒反應(RPR/VDRL) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		檢查醫師簽章
	檢查醫院：			35.愛滋病檢查(EIA 酵素免疫法) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		
病史	姓名：_____身分證字號：_____出生日期： / /		脫帽半身照	36.血液常規檢查		總評醫師簽章
	聯絡電話：_____			白血球(WBC) : _____ X 1000 /ul		
行動電話：_____		戶籍地址：_____		紅血球(RBC) : _____ X 100000 /ul		37.肝功能檢查：SGOT : _____ IU/L(正常值：) SGPT : _____ IU/L(正常值：)
過去病史(重要疾病、手術、時地)：		姓吋片		血色素(Hb) : _____ gm%		
1.身高_____公分 2.體重_____公斤 3.體格指標值(BMI)_____		檢查醫師簽章		血比容(Hct) : _____ %		38.尿液檢查：尿蛋白：_____ 尿糖：_____mg/dL
4.血壓_____mmHg 5.脈搏_____次/分				平均紅血球容積(Mcv) : _____ %		
6.牙科檢查：○可矯治/不可治 X 缺齒齲生齒 XX 假牙固定牙橋				39.各項缺點之總評(包括儀表缺陷)		總評醫師簽章
右 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 左						
正常 異常 於正常或異常欄以V表示之		正常 異常 於正常或異常欄以V表示之				40.臨時記載
7.頭部顏面頸頭皮		23.耳器：				
8.皮膚及淋巴線		24.鼓膜：				
9.鼻		25.聽力		41.判定體位		
10.竇		語音：右 /20：左 /20		日 期 區分標準 指定醫院 縣 市		
11.口腔		金屬音：右 /20：左 /20		年 月 日 體位 項次 代 表 政 府 代 表 體 檢 組 長		
12.咽喉		26.眼				
13.肺部及胸部		27.眼底				
14.胸部X光		28.辨色力				
15.腹部		29.視力：				
16.心臟		裸視：右____；左____				
17.血管(曲張)		矯正視力：右____；左____				
18.內分泌腺		驗光度數：右____；左____				
19.肛門及直腸		30.神經系統				
20.生殖器		31.精神				
21.上肢及關節		32.智能				
22.下肢及關節		33.心電圖				