

雲林縣身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助

體格檢查表

檢查日期：民國 年 月 日

姓 名： 性 别：

身分證字號： 籍貫：

出生年月日：

聯絡人：聯絡地址：

聯絡電話：(宅) (手機)

相片黏貼處

検査項目

身高：	體重：	脈搏：	血壓：
血型：	精神狀態：		
胸部 X 光檢查：	痰液(胸部 X 光若無異常則無須檢驗)：		
A、B、C 型肝炎檢查：			
桿菌性痢疾：	阿米巴痢疾：		
是否有重大傷病或難治疾病、插管等之說明：			
檢查結果與建議：			

檢查醫師簽章：

醫院關防：