

彰化縣身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用

補助申請體格檢查證明書

姓名							性別				相 片
身分證統一編號											
出生年月日	年	月	日	檢查日期	年	月	日				
住址											
身高											公分
體重											公斤
血壓											/ 毫米汞柱
肺結核檢查											(須請胸腔專科醫師判讀並蓋章)
梅毒檢查											
Anti-HIV											
Anti-HCV											
B型肝炎表面抗原											
生化檢查：	CBC：WBC：____ RBC：____ HB：____ Plt：____ BUN：____ Cr：____ GOT：____ GPT：____ Alb：____ MCV：____ T-CHO：____ TG：____										
皮膚											
精神狀況											
呼吸系統											
糞便檢查	(1)桿菌性痢疾			(2)阿米巴痢疾			(3)寄生蟲感染				
建議注意事項											
檢查醫院：											(加蓋醫院關防)
檢查醫師：											(簽章)
中華民國	年	月	日								