

# PHYSICAL EXAMINATION FORM 體檢項目表

## Personal Information 個人資料

Name 姓名：\_\_\_\_\_

Date of Birth 出生日期：\_\_\_\_\_ Gender 性別： Male 男  Female 女

ID No. 身分證字號：\_\_\_\_\_ Passport No. 護照號碼：\_\_\_\_\_

## General Physical Examination 一般身體檢查

Height 身高：\_\_\_\_\_ cm Weight 體重：\_\_\_\_\_ kg

Vision 視力 ( Corrected Vision 矯正)：左 Left \_\_\_\_\_ 右 Right \_\_\_\_\_

Blood Pressure 血壓：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

Pulse 脈搏：\_\_\_\_\_ bpm Temperature 體溫：\_\_\_\_\_ °C

Item 項目	Normal 正常	Abnormal 異常	Remarks 備註
General Appearance 一般外觀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eyes 眼睛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ears, Nose, Throat 耳鼻喉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart Auscultation 心臟聽診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen 腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skin 皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extremities 四肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mental Condition 言語精神	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Doctor's Signature 醫師簽名：\_\_\_\_\_

Medical Institution 醫療院所：\_\_\_\_\_

Date 日期：\_\_\_\_\_