

三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處【職業潛水】健康檢查表

檢查日期：中華民國 年 月 日

| | | | | | |
|--|--|---|--------------|-------------|-------------------|
| 基本資料 | 姓名 | | 身分證字號 | | 請貼近三個月內 二吋照片乙張 |
| | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 年 月 日 | |
| | 電話 | | | | |
| | 地址 | | | | |
| 理學檢查 | 身高：_____公分 | | 體重：_____公斤 | | |
| | 血壓：_____mmHg | | 脈搏：_____次/分鐘 | | |
| | 眼睛：視力：裸視左眼：_____右眼：_____ | | | | |
| | 矯正左眼：_____右眼：_____ | | | | |
| | 耳(耳垢、耳膜狀態)鼻喉及口腔： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____ | | | | |
| | 聽力：左耳聽力： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____ | | | | |
| | 右耳聽力： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____ | | | | |
| | 頭頸部(結膜、淋巴腺、甲狀腺)檢查： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____ | | | | |
| | 胸部檢查： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____ | | | | |
| | 心臟聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____ | | | | |
| 腹部檢查(觸診、聽診)： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____ | | | | | |
| 肌肉骨骼(四肢)檢查： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____ | | | | | |
| 假牙檢查：(請確認假牙是否確實固定) <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常_____ | | | | | |
| 特殊檢查 | 肺功能試驗： | | | | |
| | X光檢查：胸部 X 光 | | | | |
| | 心電圖檢查： | | | | |
| | 耐壓試驗：112 呎耐壓試驗： 60 呎/30 分耐氧試驗： | | | | |
| 醫師總評與建議 | | | | | 蓋印處 |
| | 檢查醫師簽章： | | | | |

健檢機構名稱、電話、住址：

(106.05 病歷審查小組審核通過)

三軍總醫院 基隆分院

正榮院區：基隆市中正區正榮街 100 號(02)2463-3330

孝二院區：基隆市仁愛區孝二路 39 號(02)2423-1730