

健康檢查證明 (附表二)

國軍松山總醫院附設民眾診療服務處

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (TYPE II)
SONGSHAN ARMED FORCES GENERAL HOSPITAL

檢查日期 2012 / 07 / 10

(年) (月) (日)

院址：台北市健康路131號 TEL：(02)2764-2151轉671589 · 671598 FAX：(02)2760-9871

ADD：NO.131 Chien-Kang RD, Taipei Taiwan, 105 R.O.C.

TEL：886-2-2764-2151Ex1.671589 · 671598 FAX：886-2-2760-9871

(D) (M) (Y)

醫院代號：A15

健檢編號：

101012854A

工號：

仲介：京兆賢2 廠商：陳信銘-1

Date of Examination

基本資料 (BASIC DATA)

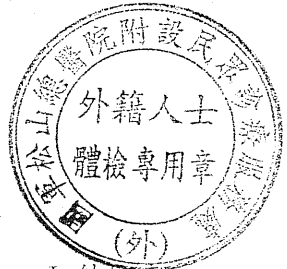
姓名 Name: SRI ASEH 性別 Sex: 男 Male 女 Female
 身分證字號 ID No.: _____ 年齡 Age: 38
 出生年月日 Date of Birth: 1974-04-12 婚姻狀況 Marriage: 已婚 Married 未婚 Single
 護照號碼 Passport No.: AR741139 國籍 Nationality: 印尼
 居住縣市別 City / County (stay while in Taiwan): _____ 聯絡電話 Phone No.: 入境日期: 2012-01-09



病史 (MEDICAL HISTORY)

您是否曾經感染過下列疾病：
Have you ever had any of the following:

- | | | | |
|--------------------------|--|---|--|
| A. 心臟病
Heart disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No | I. 瘧疾
Malaria | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No |
| B. 高血壓
Hypertension | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No | a. <input type="checkbox"/> 間日瘧
<i>Plasmodium vivax</i> | |
| C. 肺病
Lung disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No | b. <input type="checkbox"/> 卵型瘧
<i>Plasmodium ovale</i> | |
| D. 氣喘
Asthma | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No | c. <input type="checkbox"/> 三日瘧
<i>Plasmodium malariae</i> | |
| E. 肝病
Liver disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No | d. <input type="checkbox"/> 熱帶瘧
<i>Plasmodium falciparum</i> | |
| F. 糖尿病
Diabetes | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No | J. 結核病
Tuberculosis | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No |
| G. 腎臟病
Kidney disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No | K. 登革熱
Dengue Fever | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No |
| H. 癲癇
Epilepsy | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 沒有 No | L. 其他
Others | _____ |



身體檢查 (PHYSICAL EXAMINATION)

- | | | |
|--|---|--|
| A. 身高: <u>148.5</u> 公分 cms | K. 肺臟
Lungs | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal |
| B. 體重: <u>54.1</u> 公斤 kgs | L. 肝臟
Liver | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal |
| C. 血壓: <u>134/82</u> 毫米汞柱 mmHg | M. 脾臟
Spleen | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal |
| D. 脈搏: <u>90</u> 次/分 times/min | N. 甲狀腺
Thyroid gland | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal |
| E. 體溫: <u>36.2</u> °C | O. 淋巴腺
Lymph nodes | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal |
| F. 視力: 右 Right <u>1.0</u> 左 Left <u>1.0</u> | P. 肢體運動
Locomotors | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal |
| G. 皮膚 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal | Q. 精神狀態
Mental condition | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal |
| H. 耳朵 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal | 若是精神狀態異常, 病名是 _____
(If abnormal, specify disease) | |
| I. 眼睛 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal | R. 其他 Others | _____ |
| J. 心臟 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal | | |