

新北市政府社會局安置前兒童少年身體健康檢查專用體格檢查表

檢查日期：中華民國 年 月 日

(1 足歲以下嬰幼兒專用)

姓名			出生日期	民國 年 月 日	性別	☐ 女性 ☐ 男性
住址				身分證統一編號		
體檢用途：新北市政府社會局預備寄養嬰幼兒身體健康檢查				聯絡電話		
1.身高：		公分		2.體重：		公斤
3.脈搏：		次/分		4.血壓：		/ 毫米汞柱
5.呼氣胸圍：		公分		6.吸氣胸圍：		公分
7.眼睛（瞳孔及固視能力）： ☐ 無異常發現 ☐ 異常（請註明： ） ☐ 需觀察 ☐ 需轉診						
8.肝脾腫大： ☐ 無 ☐ 有（請註明： ） ☐ 需觀察 ☐ 需轉診						
9.耳朵（對聲音之反應）： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 需觀察 ☐ 需轉診						
10.腕關節運動： ☐ 佳 ☐ 受限制 ☐ 需觀察 ☐ 需轉診						
11.疝氣： ☐ 無 ☐ 有 ☐ 需觀察 ☐ 需轉診 隱睪： ☐ 無 ☐ 有 ☐ 需觀察 ☐ 需轉診 外生殖器官： ☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 需觀察 ☐ 需轉診						
12.呼吸系統： ☐ 正常 異常： ☐ 哮喘聲 ☐ 呼吸囉音 ☐ 其它：						
13.心臟循環系統： ☐ 正常 異常： ☐ 心律不整 ☐ 心雜音 ☐ 其它：						
14.腹部： ☐ 正常 ☐ 異常：						
15.神經系統： ☐ 正常 異常： ☐ 智能不足 ☐ 偏癱 ☐ 肌肉無力 ☐ 異常腦波						
16.四肢： ☐ 正常 異常： ☐ 水腫 ☐ 關節腫大 ☐ 小兒麻痺 ☐ 其它：						
17.其它檢查： ☐ 皮膚無傳染病徵象(如：疥瘡) ☐ 手部皮膚無異常 ☐ 聽力檢查： ☐ 無檢查 ☐ 無異常 ☐ 右耳聽力異常 ☐ 左耳聽力異常						
18.X光檢查：胸部X光（ 年 月 日）片號：					結果：	放射科
腹部X光（ 年 月 日）片號：					結果：	
19.意見及建議：						
檢 查 醫 師			主管人員簽章			

新北市政府社會局安置前兒童少年身體健康檢查專用體格檢查表

(1 足歲以下嬰幼兒專用)

20.血清免疫檢查		檢驗科
☐ 梅毒血清反應： ☐ 梅毒螺旋體血球凝集試驗反應： ☐ 愛滋病抗體： ☐ A 型肝炎 IgM 抗體： ☐ C 型肝炎抗體： ☐ B 型肝炎表面抗原： ☐ B 型肝炎表面抗體： ☐ B 型肝炎核心抗體：		
21.血液檢查		檢驗科
☐ 血型：	☐ RH 型：	
☐ 白血球： $\times 10^3/\text{ul}$ (4-10)	☐ 紅血球： $\times 10^6/\text{ul}$ (4-5.5)	
☐ 血色素： g/dl (12-16)	☐ 血球容積比 Hct： $\%$ (37-47)	
☐ 平均血容積 (MCV)： fl (80-100)	☐ 平均紅血球血色素 MCH： pg (27-33)	
☐ 平均紅血球血色素濃度 MCHC： g/dl (32-36)	☐ 血小板： $\times 10^3/\text{ul}$ (150-450)	
☐ 白血球分類		
☐ 帶狀球 Band： $\%$ (0-5)	☐ 中性球 Segment： $\%$ (50-65)	
☐ 單核球 Monocyte： $\%$ (4-8)	☐ 嗜伊紅球 Eosinophil： $\%$ (1-3)	
☐ 鹼性球 Basophil： $\%$ (0-1)	☐ 淋巴球 Lymphocyte： $\%$ (20-40)	
22.糞便檢查		檢驗科
☐ 寄生蟲：		
23.尿液檢查		檢驗科
☐ 尿糖：		
☐ 尿潛血：		
☐ 尿蛋白：		

注意事項：

1. 本證明未蓋關防無效。
2. 本證明書自檢查之日起「三個月」內有效。
3. 回門診追蹤時請攜帶檢查報告影本，以方便門診醫師判讀。