衛生福利部中區老人之家申請照顧服務體格檢查表(第一階段)

姓 名		性 別		出生日期	年 月 日	照片黏貼處 (請加蓋鋼印或戳章)
身分證統一編號						
住 址						
1.身 高：		公分		2.體 重：		
				公斤		
3.胸 圍：		公分 (呼 公分)		吸 公分)		
4.生命徵象：(1) 體溫 (2) 脈搏 (3) 呼吸 (4) 血壓						
5.色 盲：		6.視 力：		裸視 左 右 雙眼 矯正 左 右 視力		7.眼 疾：
8.聽 力：		左 右		9. 耳：		
10. 喉：		11. 鼻：				
12.牙 齒：左		8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		右 -齶齒 ψ-阻生牙 ×-缺損
		8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		
13.心 臟：		14.呼吸系統：		15.皮 膚：		
16.腹 部：		17.淋巴腺：		18.關 節：		
19.四 肢 (是否畸形)：				20.疝 氣：		
21.神經系統：			22.精神狀態：			
23.血液常規檢查：(1) 血色素 (2) 紅血球 (3) 白血球 (4) 血小板						
24.生化檢查：(1) 血糖檢查 (飯前血糖) (2) 血脂肪檢查 (膽固醇 三酸甘油酯)						
(3) 肝膽功能 (SGOT SGPT Bilirubin) (4) 肌酸酐						
25.尿液常規：(1) 尿糖 (2) 尿潛血 (3) 酸鹼值 (4) 尿蛋白						
26.胸部 X 光檢查 (有無肺結核)：				(年 月 日 片號)		
*27.梅毒血清反應 (VDRL)：				*28.B 型肝炎表面抗原：		
29.其 他：						
檢查結果與建議：						
檢查醫院：				(加蓋醫院關防)		
(需為公立或區域級以上醫院)						
檢查醫師：				(簽章)		
檢查日期：				年 月 日		
備註：						
1.「精神狀態」項目，應非屬精神病患照顧體系權責劃分表分類標準第一至第四類之精神疾病患者。						
2.打*之項目為非必須檢查之項目，但為維護您的健康，亦建議您檢查。						

衛生福利部中區老人之家申請照顧服務體格檢查表(第二階段)

113.08.28 製表(電子檔請至本家網站下載)

姓 名		性 別			
身分證統一編號					
出 生 日 期	年 月 日	檢 查 日 期	年 月 日		
		報 告 日 期	年 月 日		
★糞便檢查	※「阿米巴性痢疾」項目請採「濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查」或 「痢疾阿米巴糞便抗原酵素連結免疫吸附分析法(ELISA)」檢驗				
	桿菌性 痢 疾		阿米巴性 痢 疾		寄生蟲 感 染
檢查醫院：		(加蓋醫院關防)			
(需為公立或區域級以上醫院)					
檢查醫師：		(簽章)			
中 華 民 國	年	月	日		

※長者入住時應提供一週內之公立或區域級以上醫院糞便檢查書面報告(含桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾及寄生蟲感染陰性檢驗)。

※請與本家社工員確認入住日期後再進行第二階段體檢，糞便送檢當天請電話通知本家。

※建議於入住日前3-5天檢查，未依規定辦理致檢查報告逾期，應重新檢查。

※倘有任何問題，歡迎致電本家社工科 04-8742811(分機 605、630、639)洽詢。