

社團法人臺東縣弱勢者關懷協會辦理照顧員訓練體檢表

年 月 日

姓名		性別		出生日期		年齡	歲
身分證字號		電話		地址			
身高	公分	體重	公斤	血壓	mmHg		
檢查項目		檢查結果			備註		
胸部 X 光攝影							
濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查 (含痢疾阿米巴原蟲)							
糞便細菌培養							
皮膚疥瘡檢查							
B 型肝炎表面抗原(HBsAg)							
B 型肝炎表面抗體(Anti HBs)							
檢查結果總評欄							

健檢機構名稱、電話、地址：

健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：