

# 中華民國紅十字會總會辦理照顧服務員訓練體檢表

年 月 日

姓名		性別		出生日期	年 月 日	年齡	歲
地址					連絡電話		
身高	公分	體重	公斤	身份證字號			
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)							
血 壓							
檢查結果總評欄							

檢查醫療機構名稱：

總評醫師：