

中華民國紅十字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	身份證號			
檢查項目		檢查結果			備註		
胸部 X 光攝影							
糞便檢查 (阿米巴痢疾) (桿菌性痢疾) (寄生蟲感染)							
皮膚疥瘡檢查							
B 型肝炎表面抗原 (HbsAg)							
B 型肝炎表面抗體 (HbsAb)							
血 糖							
血 壓							
檢查結果總評欄							

檢查醫療機構名稱：

總評醫師：