



安置／出養兒童體檢表

檢查日期：

姓名		出生日期	年	月	日																																																																																		
身分證字號		性別																																																																																					
血型		安置日期	年	月	日																																																																																		
1. 身高： 公分	2. 體重： 公斤	3. 體溫： °C	4. 脈搏： 次/分	檢查醫師																																																																																			
5. 血壓： / mmHg	6. 頭圍： 公分	7. 胸圍： 公分																																																																																					
8. 視力：左 (矯正) 右 (矯正)																																																																																							
9. 聽力：左 右																																																																																							
10. 色盲：	11. 斜視：																																																																																						
12. 精神狀態：	13. 皮膚(病)：																																																																																						
14. 四肢：	15. 畸形：																																																																																						
16. 外觀檢查(含眼、耳、鼻、口腔、甲狀腺、胸腔、營養、發育)：																																																																																							
17. 身體外觀是否有瘀青或傷口：																																																																																							
18. 生殖器： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 隱罩症 <input type="checkbox"/> 陰囊水腫 <input type="checkbox"/> 腹股溝疝氣_____邊 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																																							
19. 神經學檢查： (1) 意識狀態：_____																																																																																							
(2) 肌肉力量：_____																																																																																							
(3) 肌肉張力：_____																																																																																							
(4) 肌腱反射：_____																																																																																							
20. 腹部超音波： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____																																																																																							
21. 腦部超音波： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____																																																																																							
22. 心電圖： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____																																																																																							
23. 牙齒：																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">乳齒</td> <td colspan="5">恆齒</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">右</td> <td colspan="5">左</td> <td colspan="4">右</td> <td colspan="4">左</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>				乳齒					恆齒									右					左					右				左				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
乳齒					恆齒																																																																																		
右					左					右				左																																																																									
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																														
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																														
○齲齒 λ 缺生齒 X 缺齒 ▲補牙																																																																																							
24. 胸部 X 光檢查：																																																																																							
(____年____月____日 片號：_____)																																																																																							
牙科醫師																																																																																							
放射科																																																																																							

25. 血清學檢查

梅毒血清反應 VDRL :

A 型肝炎抗體 (Anti-HAV IgM) :

B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) :

HIV-1 愛滋病 I 型抗體 :

C 型肝炎抗體 (Anti-HCV) :

B 型肝炎表面抗體 (Anti-HBs) :

26. 血液學檢查 :

紅血球(RBC) :

血色素(Hemoglobin) :

血球比容(Hematocrit) :

MCV :

MCH :

MCHC :

血小板(Platelet) :

白血球(WBC) :

帶狀球(Band) :

嗜中性球(Neutrophil) :

嗜伊紅性球(Eosinophil) :

嗜鹼性球(Basophil) :

淋巴球(Lymphocyte) :

單核球(Monocyte) :

27. 尿液常規實驗室檢查 :

外觀(Appearance) :

比重(Specific Gravity) :

酸鹼度(PH) :

蛋白(Protein) :

葡萄糖(Glucose) :

紅血球(RBC) :

白血球(WBC) :

上皮細胞(Epithelial Cell) :

圓柱體(Casts) :

結晶(Crystals) :

28. 糞便檢查及培養 :

寄生蟲 :

桿菌性痢疾 :

阿米巴痢疾 :

29. 疾病史 :

(1) 是否曾開刀? 是, _____ 否

(2) 是否曾住院? 是, _____ 否

30. 家族史 :

氣喘 腎臟病 糖尿病 吸毒 癲癇 白血病 精神官能症

酗酒 高血壓 唇顎裂 癌症 抽菸 心臟病

其他重大疾病或遺傳疾病 ※備註(說明三等親內何者患此病): _____

31. 出生狀況 :

(1) 生產方式: 自然產 剖腹產 真空吸引 產鉗

(2) 懷孕週數: _____ 週(早產 足月)

(3) 出生體重: _____ 公克

(4) 是否有早期破水或其他特殊狀況: _____

32. 醫師評語及建議

(1) 實驗室常規檢查 :

尿液檢查: 正常 複檢 門診繼續追蹤: _____

血液檢查: 正常 複檢 門診繼續追蹤: _____

血清學檢查: 正常 複檢 門診繼續追蹤: _____

(2) 神經發展: 正常 延緩, 目前發展狀況約 _____ 歲 _____ 個月

(3) 其他狀況: _____

應處理及注意事項 :

醫師核章 :