

收養聲請人健康檢查表

《非訴訟案件，供法院參考》

姓名： 性別：女 / 男 檢查日期：
出生日：民國 年 月 日 足 歲 月

請貼近一年內
二吋相片一張

請於相片黏貼處加蓋醫院院章

個人疾病史：

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 氣喘 | <input type="checkbox"/> 高血壓 | 曾否開刀? <input type="checkbox"/> 是_____ |
| <input type="checkbox"/> 癲癇 | <input type="checkbox"/> 腎臟病 | <input type="checkbox"/> 否_____ |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 白血病 | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 精神疾病 | 曾否住院? <input type="checkbox"/> 是_____ |
| <input type="checkbox"/> 服用鎮靜劑、安眠藥 | | <input type="checkbox"/> 否_____ |
| <input type="checkbox"/> 其他重大疾病 | | |

家族疾病史：（請說明三等親內何人患此病：_____）

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 氣喘 | <input type="checkbox"/> 高血壓 | |
| <input type="checkbox"/> 癲癇 | <input type="checkbox"/> 腎臟病 | |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 白血病 | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 精神疾病 | |
| <input type="checkbox"/> 服用鎮靜劑、安眠藥 | <input type="checkbox"/> 其他重大疾病 | |

以上所填事項經本人詳實填寫並無隱瞞或不確之情事 本人簽名：

本表格版權屬於財團法人中華民國兒童福利聯盟文教基金會，翻印必究

一、Physical Examination (理 學 檢 查)

Height(身高) :	cm	Pulse(脈搏)	/min
Weight(體重) :	kg	B.P.(血壓) :	/ mmhg
Heart(心臟):		Lung(肺部):	
Extremity(四肢):		其他:	

二、Routine Laboratory Test(常 規 實 驗 室 檢 查)

Urine 尿液檢查 :

1.Color(顏色) :	5.Glucose(葡萄糖) :
2.Specific Gravity(比重) :	6.RBC(紅血球) :
3.pH(酸鹼度) :	7.WBC(白血球) :
4.Protein(蛋白質) :	

Blood 血液檢查 :

1.Blood Group(血型) :	6.MCH:
2.Hemoglobin(血色素) :	Gm% 7.MCHC:
3.Hematocrit(血球比容) :	% 8.WBC(白血球) :
4.RBC(紅血球) :	M/cmm 9.DC(白血球分類) :
5.MCV:	10.Platelet(血小板) :

三、Biochemical Examination (生 化 檢 查)

STS(梅毒血清反應) :	
Creatinine(肌酸酐) :	mg/dl
HIV(人類免疫缺乏病毒) :	
Glucose(葡萄糖) :	mg/dl
ALT(丙胺酸氨基轉移酶, 即 GPT) :	IU/L
Triglyceride(三酸甘油脂) :	mg/dl
AST(天門冬胺酸氨基轉移酶, 即 GOT) :	IU/L
Cholesterol(膽固醇) :	mg/dl
r-GT(r-穀胺酸酞基轉移酶) :	IU/L
LDH(乳酸脫氫酶) :	
BUN(血尿素氮) :	mg/dl
Uric Acid (尿酸) :	

四、Chest X-ray(胸 部 X 光 檢 查)

五、E.K.G.(心電圖)

醫師建議：(請自下列選項勾選)

醫師簽名：

由以上檢查報告結果顯示:

- 健康情形良好。
- 健康情形尚可。
- 肝功能異常，宜門診追蹤。
- 腎功能異常，宜門診追蹤。
- 心臟功能異常，宜門診追蹤。
- 肺功能異常，宜門診追蹤。
- 血液異常，宜門診追蹤。
- 其他建議、醫囑

注意事項：1.以上檢查如因年齡問題或其他個別狀況不宜實施，可免檢查，但請說明原因：

- 2.此體檢表以體檢當時狀況為準，僅供保健之用，不作其他證明，有關疑點請速作檢查，以免耽誤診療。
- 3.此檢查報告為聲請收養之證明文件之一，以供社工員評估及法官裁定參考之用，故請配合，並預留一份影本以備不時之需。
- 4.請至區域級醫院檢查，如：榮總、長庚、國泰、馬偕、松山、三總、和平、仁愛、陽明、忠孝、北醫、台安、中心診所、耕莘、淡水馬偕、亞東、各署立及縣立醫院等。
- 5.各醫院辦理體檢時間不一，請逕自向各醫院體檢處或家庭醫學科洽詢、預約。
- 6.前往醫院檢查時請攜帶國民身份證、全民健保卡及相片二張。
- 7.檢查結果報告約一至二星期才能取得，請盡早辦理。
- 8.禁食：檢查前至少空腹六到八小時，以利抽血檢查。
- 9.請檢附各醫院健檢之標準參考值。

**有糖尿病史或長期服用藥物者，請先以電話向醫院之醫護人員詢問