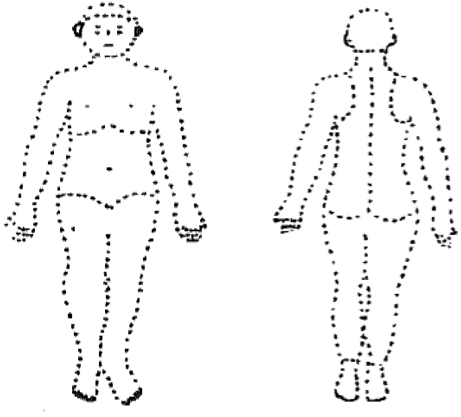



# 臺銀人壽保險股份有限公司

## 一般體檢報告書

被保險人姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號													
身高				胸圍 (平乳頭)				腹圍 (平臍)									
公分		公斤		吸氣		呼氣		公分									
				公分		公分											
1. 血壓與脈搏：如收縮壓超過 140，或舒張壓超過 90 或脈搏每分鐘 96 次以上者，請間隔 5 分鐘再測量脈搏及血壓各兩次（共各量三次）																	
血 壓		/ mmHg		/ mmHg		/ mmHg											
脈 搏																	
每分鐘脈搏 不規則次數																	
2. 尿液常規：請另行檢附檢驗數值表																	
3. 被保險人是否有現症或過去病史（若有，請詳述病名、治療時間及方式、目前狀況）										是 否							
										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
4. 被保險人外貌是否不健康？如病弱、貧血、浮腫、智能障礙、精神障礙、黃疸、傷殘、步態異常、癱瘓等……										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
5. 心臟 心尖跳動在_____肋間，距胸骨中線左側_____公分。 是否有下列情形： a. 肥大或水腫？ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. 雜音（如有，請勾選下列各項） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 部 位： <input type="checkbox"/> 心尖 <input type="checkbox"/> 心基底在_____區 期 間： <input type="checkbox"/> 收縮期 <input type="checkbox"/> 舒張期 <input type="checkbox"/> 收縮前期 強 度： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度 傳 導： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腋部 運動後： <input type="checkbox"/> 無變化 <input type="checkbox"/> 增強 <input type="checkbox"/> 消失  診 斷： _____ 是否疑有心臟或血管系統之異常？ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													<p>若左列問題回答「是」者，請註明號碼，並詳述於下：</p>				
6. 理學檢查(如異常，請於右側詳述)																	
a. 頭部、面部、眼、耳、鼻、喉、口腔：如顏面神經麻痺、視覺、聽覺、言語/咀嚼障礙、口腔潰瘍、其他等……										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
b. 頸部：如扁桃腺炎、腫瘤、淋巴腺腫大、甲狀腺腫大等……										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
c. 胸部：如肺部聽診/聽診異常、胸廓畸形、呼吸音異常、腋窩淋巴腺腫大等……										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
d. 腹部：腫瘤、肝/胃/脾腫大、腹水、疝氣等……										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
e. 骨骼關節：小兒麻痺、脊椎彎曲/畸形、四肢（含手指或腳趾）缺損/麻痺、關節僵直、靜脈曲張、跛行、截肢等……										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
f. 檢查上述各部分，是否發現手術疤痕？若是，請在右側詳述之……										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
本體檢報告所載各項內容確經本醫師親自檢查並查對被保險人身分證確認受檢人係其本人無誤																	
醫療院所名稱：_____ 體檢醫師簽章：_____ 中華民國 年 月 日																	
本人（被保險人）同意接受以上體檢項目，並將體檢報告提供予臺銀人壽保險股份有限公司																	
被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ 關係：_____																	
(被保險人未滿 20 足歲，請法定代理人簽名)																	



\* A 0 6 0 1 0 0 1 \*