

# 臺灣高雄地方檢察署 115 年度辦理法警遴補體格檢查表

(請加蓋檢查機構騎縫章)

<b>貼相片處</b> 一年以內一吋正面脫帽半身相片	姓 名								性別		出生日期	民國 年 月 日	
	身分證 統一編號								住址				
	病 史 (受檢者自填)	1. 住院： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							電話	行動：			
		2. 病名：_____								公：_____			
1. 身高：_____ 公分 體重：_____ 公斤 【男性不及 155.0 公分，女性不及 150.0 公分，為體格檢查不合格。】													
2. 體格指標(BMI 值)：_____ 【計算方法：以體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，小於 18.0 或大於 31.0，為體格檢查不合格。】													
3. 視力：裸視：左 _____ 右 _____ 矯正：左 _____ 右 _____ 【各眼裸視未達 0.2，為體格檢查不合格。但矯正視力達 1.0 者不在此限。】													
4. 聽力：左 _____ 右 _____ 【矯正後優耳聽力損失逾 90 分貝，為體格檢查不合格。】													
5. 辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色盲 <input type="checkbox"/> 色弱 【色盲或色弱，為體格檢查不合格。】													
6. 重度肢障者： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 【身心障礙手冊屬重度肢障者，為體格檢查不合格。】													
7. 有客觀事實足認其身心狀況不能執行職務： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【有客觀事實足認其身心狀況不能執行職務，為體格檢查不合格。】													
8. 肺結核胸部 X 光： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 痰抹片：_____ 痰培養： 【胸部 X 光異常者，續做右項檢驗；無異常者，則免做。】 <input type="checkbox"/> 【呈陽性反應，為體格檢查不合格】													
9. 握力：左手：_____ 公斤；右手：_____ 公斤 【任一手握力未達 30 公斤，為體格檢查不合格。】													
10. 其他重症疾患： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____ 【罹患其他無法治癒之重症疾患，致不堪勝任職務，為體格檢查不合格。】													
<b>檢查結果</b>													
(上列各項均須檢查，不得遺漏，請注意有無背面「檢查醫師注意事項」第三項各款情形。)													
經本醫療機構辦理體格檢查後，其結果為：													
<input type="checkbox"/> 合 格：無上開不合格條款所列之疾患。 <input type="checkbox"/> 不 合 格：有上開第 _____ 款之疾患，疾患名稱：_____													
檢查醫療機構名稱：_____ <span style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">(蓋醫療機構印信處)</span>													
檢查醫師：_____ (簽章) 檢查日期：民國 年 月 日													

【體格檢查注意事項請詳見背面】

## 受檢者體格檢查注意事項(背面)

一、受檢者之體格檢查，由下列醫療機構辦理之（檢查機構不包括「診所」）。

(一)公立醫院。

(二)教學醫院。

(三)直轄市及縣（市）衛生局所屬各鄉（鎮、市、區）衛生所。

(四)全民健康保險特約醫院。

※選擇醫療機構時，應詢問是否提供本體格檢查表所列各檢查項目，若無法提供完整檢查，請另至其他醫療機構辦理體格檢查。

二、依據公務人員考試體格檢查辦法第6條第2項規定，體格檢查有效期限為六個月。

三、檢查費應由受檢者自行繳納，檢查時如發現特殊症狀，須經特別檢查時，得由檢查機構另行酌收費用。

四、一般醫療機構體格檢查報告約需相當時間方能完成，請儘速前往指定醫療機構辦理體格檢查。寄送體格檢查表前，請再逐一檢查各項檢查項目是否均已完成。（1.相片是否加蓋騎縫章。2.檢查日期、檢查項目不可以有「未檢查」字樣或空白；檢查醫師須於檢查結果欄內評定「合格」或「不合格」字樣。3.檢查機構、檢查醫師簽名蓋章及加蓋所屬之醫療機構印信），並自行影印留存備份。

五、肺結核胸部X光異常者，須再續作痰塗片檢驗，痰塗片呈陽性反應者，再作痰培養。女性受檢者如懷孕者（須檢附媽媽手冊），請逕作痰塗片即可，不須作胸部X光。

## 檢查醫師注意事項

一、檢查醫師於檢查前，核對受檢者面貌與體格檢查表所貼相片相符，及受檢者在檢查表所填各欄資料無訛後，依表列檢查項目逐一檢查，詳細記載，並應於檢查結果欄內評定「合格」或「不合格」字樣。

二、檢查完竣後，由檢查醫師簽名蓋章，填寫檢查日期，加蓋檢查醫療機構印信，並於相片上加蓋騎縫章。

三、受檢者有下列情形之一者，為體格檢查不合格：

(一)身高：男性不及155.0公分，女性不及150.0公分。

(二)體格指標：以體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，小於18.0或大於31.0。

(三)視力：各眼裸視未達0.2。但矯正視力達1.0者不在此限。

(四)聽力：矯正後優耳聽力損失逾90分貝。

(五)辨色力：色盲或色弱。

(六)重度肢障。

(七)有客觀事實足認其身心狀況不能執行職務。

(八)肺結核痰塗片呈陽性反應。

(九)握力：任一手握力未達30公斤。

(十)罹患其他無法治癒之重症疾患，致不堪勝任職。