

# MEDICAL EXAMINATION (SAMPLE)

성 명 (Full Name)		검진일자 (Date of Exam)	
국 적 (Nationality)		생년월일 (Date of Birth)	
여권번호 (Passport No.)		사업체명 (Company Name)	
주 소 (Address)	cc	성 별 (Sex)	M / F

## ▲ 이학적 소견 (Physical Report)

신 장 (Height)	cm	시 력 (Visual acuity)	Rt : (    )
체 중 (Weight)	kg		Lt : (    )
색 신 (Color Vision)		청 력 (Audiometry)	Rt :
혈 입 (Blood Pressure)	/ mmhg		Lt :

## ▲ 임상검사 소견 (Laboratory Report)

구 분 (Section)	검사항목 (Item)	결 과 (Result)	구 분 (Section)	검사항목 (Item)	결 과 (Result)
소변검사 (Urinalysis)	요 당 (Urine Glucose)		<b>전염병 검사 (Epidemic Disease)</b>		
	요 단백질 (Urine Protein)		간염 항원 (Hepatitis)	Hbs Ag	
	요 잠혈 (Urine blood)		매독 반응 (Syphilis)	VDRL	
간 기능 (Liver Function)	혈청 GOT (Serum GOT)	U/L	후천성면역결핍증 (AIDS)	AIDS	
	혈청 (Serum GPT)	U/L	<b>2차 전염병 검사 (Exam for positives)</b>		
총콜레스테롤 (T-Cholesterol)	T-Cholesterol	mg/de	간염 (Hepatitis)	HBe Ag	
빈 혈 (Anemia)	Hematocrit			HBe Ab	
혈 색 형 (Blood Type)	ABO		매독 (Syphilis)	TPHA	
	RH		후천성면역결핍증 (AIDS)	AIDS	
흉부간찰 (Chest X-ray)	Film No.		흉부직찰 (Chest P.A)	Film No.	
	소 견 (Finding)			소 견 (Finding)	

## ▲ 종합 판정 (Summary & Recommendation)

Hospital	Signature _____