



# 健康檢查記錄表 (由健檢單位填寫)

科系		學號		姓名														
<b>全身檢查項目</b>					人員簽章													
1. 身高: 公分	2. 體重: 公斤	3. 腰圍	公分															
4. 血壓: mmHg	脈搏: 次/分	5. 視力檢查: <input type="checkbox"/> 裸視 <input type="checkbox"/> 矯正 右眼____ 左眼____ 辨色力檢查: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常																
6. 聽力檢查: 右耳: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 左耳: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		7. 抽血檢查: <input type="checkbox"/> 已檢 <input type="checkbox"/> 未檢																
8. 尿液檢查: <input type="checkbox"/> 已檢 <input type="checkbox"/> 未檢																		
<b>理學醫師檢查</b>																		
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	其他				理學醫師 簽章:												
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎, 如: 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他																
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他																
胸腔及外觀	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他																
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他																
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他																
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他																
<b>牙科醫師檢查</b>																		
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他				牙科醫師 簽章:												
牙齒位置 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 -已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																		
右上																		左上
右下																		
總評 建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀, 需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議:					承辦檢查 醫院簽章												
實驗室檢查項目		檢查結果			實驗室檢查項目		檢查結果											
		初查結果	異常註記	追蹤			初查結果	異常註記	追蹤									
尿液檢查	酸鹼值				血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)												
	尿蛋白					腎功能檢查	尿酸 (mg/dl)											
	尿糖						肌酸酐 (mg/dl)											
	潛血						血尿素氮 (mg/dl)											
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				肝功能檢查	B型肝炎表面抗原												
	血球容積比 Hct					B型肝炎表面抗體												
	白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)					麩胺酸草醋酸轉胺酶												
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶												
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)																	
平均血球容積 MCV																		
胸部 X 光檢查		胸部 X 光編號:				複查矯治、日期及備註:												
臨時 性檢 查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註													
矯治追蹤記錄																		