

健康檢查記錄表 (由健檢單位填寫)

科系		學號		姓名														
全身檢查項目					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 尿液檢查： <input type="checkbox"/> 已檢 <input type="checkbox"/> 未檢																
理學醫師檢查																		
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																
牙科醫師檢查																		
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有		缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他														
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	牙科醫師 簽章：
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下	
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				腎功能檢查	血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)											
	尿蛋白					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 ³ /μL)					麩胺酸草醋酸轉胺酶												
	紅血球 (10 ⁶ /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶												
	血小板 (10 ³ /μL)																	
平均血球容積 MCV																		
胸部 X 光檢查		檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他					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																		