

元培醫事科技大學

學生健康檢查指定項目表

學號		系所、班 (組)別		姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 多元		
出生日期	年 月 日	血型		身分證號		連絡電話			
全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄 (請勾選)						檢查醫事人員簽章		
身高：_____公分		體重：_____公斤		腰圍：_____公分					
血壓：_____/____mmHg		脈搏：_____次/分							
視力檢查 裸視：右眼_____左眼_____ 矯正視力：右眼_____左眼_____									
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____						
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <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"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他_____						
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查		<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <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_____						
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 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 有已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 有牙結石※： <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_____						
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：						承辦檢查醫療院所簽章		
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果 異常註記 追蹤		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果 異常註記 追蹤	
尿液檢查	尿蛋白 (+) (-)				血液檢查	總膽固醇 (mg/dL)			
	尿糖 (+) (-)					高密度膽固醇(mg/dl)			
	潛血 (+) (-)					低密度膽固醇(mg/dl)			
	酸鹼值					三酸甘油脂(mg/dl)			
血液檢查	血色素 (g/dL)					CREATININE (mg/dL)			
	白血球 (10 ³ /μL)					尿酸 (mg/dL)			
	紅血球 (10 ⁶ /μL)					血尿素氮 (mg/dL)			
	血小板 (10 ³ /μL)					SGOT(AST) (U/L)			
	平均血球容積比 (fl)					SGPT(ALT) (U/L)			
	血球容積比 HcT (%)					HBsAg			
飯前血糖(mg/dl)				Anti-HBs					
胸部 X光檢查	檢查日期	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				
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄								