

慈濟學校財團法人慈濟科技大學 學生健康檢查紀錄表

檢查日期： 年 月 日

班級		學號		姓名			檢查醫事人員 簽章																																																						
身高：_____公分 體重：_____公斤 BMI：_____				自選項目： <input type="checkbox"/> 腰圍_____公分																																																									
血壓：_____/____mmHg 脈搏：_____次/分																																																													
視力檢查 裸視：左眼_____ 右眼_____ 矯正視力：左眼_____ 右眼_____																																																													
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_____																																																												
胸部	<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"/> 青蛙肢（蹲距困難） <input type="checkbox"/> 其他_____																																																												
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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 <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_____																																																												
牙齒位置 檢查代碼 C-齶齒 X-缺牙 △-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																																																													
<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>右上</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>左下</td> </tr> </table>																										右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上																																												
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		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果																																																					
			異常註記	追蹤				異常註記	追蹤																																																				
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)																																																							
	尿糖 (+)(-)				腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)																																																							
	潛血 (+)(-)					尿酸 (mg/dl)																																																							
	酸鹼值					血尿素氮 (mg/dl)※																																																							
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)																																																							
	白血球 (10 ³ /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																																																							
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原																																																							
	血小板 (10 ³ /μL)					B 型肝炎表面抗體																																																							
	平均血球容積 MCV (fl)				其他																																																								
	血球容積比 Hct (%)																																																												
※																																																													
胸部 X 光檢查	※拒做此項，請勾選原因並簽名：_____			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"/> 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																																																				
健康管理紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄																																																												

