

## 慈濟學校財團法人慈濟科技大學

## 學生健康檢查紀錄表

班級：		學號：		姓名：		檢查醫事人員簽章						
全身檢查項目				檢查日期： 年 月 日								
身高：_____公分		體重：_____公斤		BMI：_____		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： <input type="checkbox"/> 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									
口腔篩檢	<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 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 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：						承辦檢查醫院簽章					
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	SGOT (U/L)					
	白血球 (103/ $\mu$ L)						SGPT (U/L)					
	紅血球 (106/ $\mu$ L)					血清免疫學	B型肝炎表面抗原△					
	血小板 (103/ $\mu$ L)						B型肝炎表面抗體△					
	平均血球容 (fl)						其他※					
血球容積比 (%) ※												
胸部 X光檢查	拒做，請勾選原因 <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 3個月內做過 <input type="checkbox"/> 其他_____		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"/> 肺浸潤 <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											