

# 國立臺灣海洋大學學生健康檢查紀錄表

## Health Examination Record

粗框內資料請詳細填寫



連結 QR code 填寫基本資料與生活型態評估調查。

學號 Student ID No.		姓名 Name		科別系所 Department		
出生年月日		身分證字號		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)：		
BMI：		血壓：1. / mmHg 2. / mmHg		脈搏：		
體脂肪%：		視力檢查		裸視：左眼 右眼		
矯正視力：左眼 右眼		辨色力		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他：		
聽力		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 左耳聽力弱_____ <input type="checkbox"/> 右耳聽力弱_____		
耳鼻喉		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他：		
頭頸眼		<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：		
心臟		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <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：		
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"/> 濕疹 <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		
		<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良		缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有		
		<input type="checkbox"/> 咬合不正		已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有		
		<input type="checkbox"/> 其他：		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		
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				承辦檢查醫療院所簽章
		<input type="checkbox"/> 無明顯異常有異狀，須接受_____科醫師診治				
		<input type="checkbox"/> 其他建議：				
實驗室檢查項目		檢查結果		實驗室檢查項目		
血液檢查		血色素 Hb g/dL		肝功能 SGOT(AST) U/L		
		白血球 WBC 10 <sup>3</sup> /uL		檢查 SGPT(ALT) U/L		
		紅血球 RBC 10 <sup>6</sup> /uL		腎功能 肌酸酐 Cr. mg/dL		
		血小板 Platelet 10 <sup>3</sup> /uL		檢查 尿酸 UA mg/dL		
		平均血球容積比 MCV fL		尿液 尿蛋白 (+)(-)		
		血糖 <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> AC mg/dL		尿液 尿糖 (+)(-)		
血脂肪檢查		總膽固醇 mg/dL		檢查 尿潛血 OB (+)(-)		
		三酸甘油酯 mg/dL		酸鹼值 PH		
		HDL mg/dL				
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"/> 其他：_____				
		<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				
矯治追蹤紀錄 Records of treatment				特殊紀載 Remrks		