

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		口腔檢查醫事人員簽章	(吸菸者檢測) 一氧化碳 CO		
	<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					
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有					
	<input type="checkbox"/> 無明顯異常有異狀，須接受_____科醫師診治						
血液檢查	<input type="checkbox"/> 咬合不正	牙齦炎： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有					
	<input type="checkbox"/> 其他：	牙結石： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有					
血脂脂肪檢查	<input type="checkbox"/> 其他建議：	承辦檢查醫療院所簽章					
實驗室檢查項目		檢查結果		實驗室檢查項目		檢查結果	
血液檢查	血色素 Hb	g/dL	肝功能	SGOT(AST)	U/L		
	白血球 WBC	10 ³ /uL	檢查	SGPT(ALT)	U/L		
	紅血球 RBC	10 ⁶ /uL	腎功能	肌酸酐 Cr.	mg/dL		
	血小板 Platelet	10 ³ /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		檢查	尿糖	(+)(-)	
血脂脂肪檢查	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 Remarks			