

# 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 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他：		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		口腔檢查醫事人員簽章 (吸菸者檢測) 一氧化碳 CO	
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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：				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	肝功能檢查	SGOT(AST)		U/L
	白血球 WBC		10 <sup>3</sup> /uL		SGPT(ALT)		U/L
	紅血球 RBC		10 <sup>6</sup> /uL	腎功能檢查	肌酸酐 Cr.		mg/dL
	血小板 Platelet		10 <sup>3</sup> /uL		尿酸 UA		mg/dL
	平均血球容積比 MCV		fL	尿液檢查	尿蛋白		(+)(-)
	血糖 <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> AC		mg/dL		尿糖		(+)(-)
血脂肪檢查	總膽固醇		mg/dL		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： 年 月 日 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			