

臺北醫學大學學生健康檢查紀錄表

*不需空腹禁食

檢查日期： 年 月 日

姓名		學號		系所		
出生年月日	年 月 日	身分證字號或統一證號				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話	茲 同意本人 20 歲以下子女接受胸部及腹部檢查 學生家長簽名：_____					

如家長不同意於本院受檢，請自行至區域級以上醫院完成本表所有檢查項目，並加蓋檢查機關印章，否則視同無效，註冊當日將檢查報告繳交學校。未完成入學體檢者，將會造成您在校期間健康方面相關的福利及權利之損失，如未來造成校園公共衛生問題受到處分，請您自行承擔。

項目	檢查結果 (請勾選)	檢查者簽章
口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀 <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"/> 殘留乳牙 <input type="checkbox"/> 其他_____	
牙齒	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 齶齒____ <input type="checkbox"/> 缺牙____ <input type="checkbox"/> 已矯治____ <input type="checkbox"/> 阻生牙____ <input type="checkbox"/> 贅生牙____	

牙齒位置圖檢查代碼: 1.(空白)=無異狀 2.C=齶齒 3.X=缺牙 4.△=已矯治 5.∅=阻生牙 6.Sp.=贅生牙

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
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

牙科醫師總評及建議 無異常 異常，請回牙科部接受治療

一般檢查 身高：_____公分 體重：_____公斤 BMI：_____ 腰圍：_____公分
 血壓：_____ / _____ mmHg 脈搏：_____次/分

眼 視力檢查 裸視：右眼_____ 左眼_____
 現有眼鏡矯正視力：右眼_____ 左眼_____
 其他檢查 無下述症狀 辨色力異常 斜視 其他_____

耳鼻喉 無異狀 聽力異常：左耳 右耳
慢性中耳炎，如：耳膜破損 扁桃腺腫大 耵聍栓塞 疑似甲狀腺腫大
疑似淋巴腺腫大 鼻中膈彎曲 過敏性鼻炎 其他_____

頭頸 無異狀 斜頸 異常腫塊 其他_____

胸部 無異狀 心肺疾病 胸廓異常 其他_____

腹部 無異狀 異常腫大 其他_____

脊柱四肢 無異狀 脊柱側彎 肢體畸形 青蛙肢 (蹲踞困難) 其他_____

皮膚 無異狀 癬 疥瘡 疣 異位性皮膚炎 溼疹 其他_____

胸部 X光 檢查日期 年 月 日 無明顯異常
疑似肺結核病徵 肺結核鈣化 胸廓異常 肋膜腔積水 脊柱側彎 心臟肥大 支氣管擴張 其他_____

實驗室檢查項目		檢查結果	判讀	正常值	實驗室檢查項目		檢查結果	判讀	正常值
尿液	尿糖(mg/dl)			0-50	血脂	總膽固醇 Cholesterol (mg/dl)			<200
	尿蛋白(mg/dl)			0-20		腎功能	肌酸酐 Creatinine(mg/dl)		
	酸鹼值			5.0-8.0	尿酸 Uric acid (mg/dl)				♂: 3.4-7.0 ♀: 2.4-5.7
	潛血(mg/dl)			0.00-0.03	肝功能		麩胺酸草醋酸轉胺 GOT(U/L)		
	<input type="checkbox"/> 生理期無法受檢，請於 9/12(二)前持檢驗單至檢驗醫學部補檢。					麩胺酸丙酮酸轉胺 GPT(U/L)			<41
血液功能	血色素 Hb (g/dl)			♂: 13-17 ♀: 12-16	血清免疫學	B 型肝炎表面抗原 HBsAg			Negative
	白血球 WBC (10 ³ /μL)			4.00-11.0		B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs			Positive
	紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)			♂: 4.20-6.10 ♀: 3.80-5.50					
	血小板 Platelet (10 ³ /μL)			130-400					

家醫科醫師總評及建議 _____ 醫師簽章 _____

請務必加蓋機關印章，否則視同無效。

耳鼻喉
理學檢查