

臺北醫學大學學生健康檢查紀錄表

*禁食至少 8 小時

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：_____					

如家長不同意於附醫受檢，請自行至區域級以上醫院完成本表所有檢查項目，加蓋檢查機關印章，否則視同無效，並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

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	

牙科醫師總評及建議	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無下述症狀 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 其他 _____

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

頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他 _____
----	--

胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____
----	--

腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____
----	--

脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 (蹲踞困難) <input type="checkbox"/> 其他 _____
------	--

皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疔 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他 _____
----	--

胸部 X光	檢查日期	<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"/> 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"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 因其他特殊因素無法受檢(如：懷孕期間)
	年 月 日	

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	血糖			70~99
	尿蛋白 (mg/dl)			0-20		空腹血糖 AC (mg/dl)			<150
	酸鹼值			5.0-8.0		三酸甘油脂 TG (mg/dl)			♂: >40 ♀: >50
	潛血 (mg/dl)			0.00-0.03		高密度脂蛋白膽固醇 HDL (mg/dl)			<200
	<input type="checkbox"/> 新生團體體檢時，因生理期無法受檢，請於 10 天內持檢驗單至檢驗醫學部補檢。					總膽固醇 Cholesterol (mg/dl)			<200
血液功能	血色素 Hb (g/dl)			♂: 13-17 ♀: 12-16	腎功能	肌酸酐 Creatinine(mg/dl)			♂: 0.7-1.2 ♀: 0.5-0.9
	白血球 WBC (10 ³ /μL)			4.00-11.0		尿酸 Uric acid (mg/dl)			♂: 3.4-7.0 ♀: 2.4-5.7
	平均血球容積比 MCV (fl)			80.0-99.0	肝功能	麩胺酸草醋酸轉胺 GOT(U/L)			<40
	紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)			♂: 4.20-6.10 ♀: 3.80-5.50		麩胺酸丙酮酸轉胺 GPT(U/L)			<41
	血小板 Platelet (10 ³ /μL)			130-400	血清免疫	B 型肝炎表面抗原 HBsAg			Negative
				B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs				Positive	

醫師總評及建議	*請務必加蓋機關印章，否則視同無效。	醫師簽章
---------	--------------------	------

耳鼻喉
理學檢查