

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	
	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左上 左下

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	<input type="checkbox"/> 無異狀 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：_____年 _____月 _____日 <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)
-------	--

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		三酸甘油酯 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	血清免疫學	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

臺北醫學大學

新生體檢資料蒐集告知暨同意書

親愛的同學：

歡迎您加入臺北醫學大學(以下簡稱本校)，成為我們的一員。為促進本校學生健康與福祉，本校依個人資料保護法規定告知以下事項：

一、蒐集機關之名稱：

您提供的資料是由本校所蒐集。

二、蒐集之目的：

本校因執行新生體檢業務蒐集您的個人資料，以瞭解學生健康狀況及相關因素，進而提出改進建議，促進學生的健康管理。

您提供的資料是供本校依您在新生體檢所產生之檢查資料、數據、影像等資料，提供本校人員內部分析、研究與教學訓練使用；或進行人體研究；或自行或與相關機構合作研究與開發。如有研發成果，可能有機會依您的需求回饋預防保健等相關訊息，藉以提升對本校學生健康狀況及相關因素之瞭解並能同時促進學生健康管理。

本校特別聲明：除上開目的範圍外，其餘未經您同意，絕不會將您的資料做其他目的使用。

三、個人資料之類別：

您提供之資料包含個人年籍與新生體檢之醫療、用藥與檢查資料、數據、影像等。

四、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

本同意書經您同意授權之範圍可能包括作為本校連絡、資料分析統計、學術研究；或供本校與其他機構進行蒐集目的之使用；並基於為進行蒐集目的範圍內所需之期間、地區、對象，以合理適當之方式進行。但法令如另有規定者，仍依法令規定辦理。

五、您依個人資料保護法第三條規定得行使之權利及方式：

對於您所提供之資料，您可以查詢或請求閱覽、製給複製本、請求補充或更正，請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除。您可以隨時以適當之方式書面通知本校行使上述權利。但您請求補充、更正、刪除時，本校有權依法令規定或必要性及正確性與正當性審酌是否同意。(若您有任何疑問或需要進一步瞭解，或有前述需求，請聯繫本校健康中心 health@tmu.edu.tw、02-27361661 #2251)

六、您得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響：

無論您是否同意提供資料參與本同意書內所稱之研究或服務，均不影響您原有的就學、醫療、檢查及應有之權益。惟若本校有就相關資料進行研究，因您未同意提供資料，可能即無法反饋您有關該研究所生之醫療發展等相關訊息或提供相關服務。

本人及(未滿 18 歲者之)家長或監護人 **已詳讀** 本文件並瞭解內容。

本人及(未滿 18 歲者之)家長或監護人 **同意** 提供前述告知事項之資料，供臺北醫學大學依前述告知之內容，進行蒐集、處理及利用，並確認資料之真實性。

本人簽名： _____ 學號： _____

(未滿 18 歲者之)家長或監護人： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註： 1.如您不同意，本單張無須繳回。

2.本同意書係依據個人資料保護法第六條第一項第六款、第十九條第一項第五款、第二十條第一項第六款所為之同意。