

學號		姓名	_____系(所) _____年_____班				
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：_____ cm		體重：_____ kg		腰圍：_____ cm			
血壓：①_____ / _____ mmHg		脈搏：_____ 次/min		②_____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/min			
視力檢查	裸視視力：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，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他_____						
頭頸	<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"/> 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"/> 疔 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 其他_____						
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____			承辦檢查醫院簽章			
實驗室檢查項目	初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目	初查結果	檢查結果	
		異常註記	追蹤			異常註記	追蹤
尿液四項	尿蛋白			血脂肪	總膽固醇(mg/dl)		
	尿糖			腎功能	血中尿素(mg/dl)		
	酸鹼值				肌酸酐 (mg/dl)		
	尿潛血				尿酸 (mg/dl)		
血液檢查	白血球($10^3/\mu\text{L}$)			肝功能	麩胺酸草醋酸轉胺酶 OT(U/L)		
	紅血球($10^6/\mu\text{L}$)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 PT(U/L)		
	血色素(g/dl)			血清免疫學	B 型肝炎表面抗原		
	血小板 Platelet count				B 型肝炎表面抗體		
	紅血球平均血色素濃度						
	紅血球平均血色素值						
	血球容積比 Hct(%)						
	平均血球容積 MCV(fl)						
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"/> 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			複查矯治、日期及備註：		
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄						