

國立臺灣師範大學僑生先修部學生健康檢查項目

學號 Student No.		姓名 Name		檢查日期 Date					
健康檢查紀錄表 Health Examination Record					檢查醫事人員簽章				
身高 Height: _____ 公分 cm		體重 Weight: _____ 公斤 kg		腰圍 Waistline: _____ 公分 cm					
血壓 Blood Pressure: _____ / _____ mmHg		脈搏 Pulse rate: _____ 次/分 min							
視力檢查 Vision	裸視 Uncorrected: 左眼 Left _____ 右眼 Right _____ 矯正視力 Corrected: 左眼 Left _____ 右眼 Right _____								
眼 Eyes	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color blindness <input type="checkbox"/> 其他 Other							
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	聽力異常: Hearing abnormality: <input type="checkbox"/> 左 Left <input type="checkbox"/> 右 Right <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 Suspected otitis media <input type="checkbox"/> 耳膜破損 perforated eardrum <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Swollen tonsils <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 Earwax embolism <input type="checkbox"/> 其他 Other							
頭頸 Head & Neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 斜頸 Wry neck (torticollis) <input type="checkbox"/> 異常腫塊 Abnormal mass <input type="checkbox"/> 其他 Other							
胸腔及外觀 Chest	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 其他 Other							
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常腫大 Abnormally swollen <input type="checkbox"/> 其他 Other							
脊柱四肢 Spine & limbs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 蹲距困難 Difficulty squatting <input type="checkbox"/> 其他 Other							
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 癬 Ringworm <input type="checkbox"/> 疥瘡 Scabies <input type="checkbox"/> 疣 Wart <input type="checkbox"/> 溼疹 Eczema <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> 其他 Other							
口腔篩檢 Oral Health Screening	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	未治療齲齒 Untreated caries: <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 缺牙(因齲齒拔除) Missing tooth (been extracted due to caries): <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 牙齦炎 Gingiviti <input type="checkbox"/> 牙結石 Calculus <input type="checkbox"/> 咬合不正 Dental malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Othe							
總評 建議 Summary	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 有異狀·需接受專科醫師診治 Requires a consultation with: _____ 科別 <input type="checkbox"/> 其他建議 Other: _____				承辦檢查醫院簽章 Stamp of hospital/clinic where examination was done				
實驗室檢查 Laboratory Tests		1 st test	Abnormal	Follow up	實驗室檢查 Laboratory Tests		1 st test	Abnormal	Follow up
尿液檢查 Urinalysis	尿蛋白 Protein: +/-				血脂肪 Blood lipid	總膽固醇: mg/dl Total cholesterol			
	尿糖 Sugar: +/-					腎功能檢查 Renal function	肌酸酐 Creatinine: mg/dl		
	潛血 O.B.: +/-				尿酸UA: mg/dl				
	酸鹼值 Ph:				血尿素氮BUN: mg/dl				
血液 常規檢查 Blood test	血色素 Hb: g/dl				肝功能檢查 Liver function	SGOT: U/L			
	白血球 WBC: K/ μ L					SGPT: U/L			
	紅血球 RBC: M/ μ L				血清免疫學 Hepatitis B	HBsAg:			
	血小板 Platelet count: K/ μ L					Anti-HBs:			
	平均血球容積 MCV: fL								
血球容積比 Hct: %									
胸部 X光檢查 Chest X-ray	檢查結果 Result: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 No obvious abnormality <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 R/O TB <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 TB-related Calcification <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Pleura cavity edema <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegaly <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 肺浸潤 Pulmonary infiltration <input type="checkbox"/> 肺結節 Pulmonary nodule <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____							複查矯治.日期及備註: Further treatment, date, and comment:	
檢查日期 Date of X-ray									
健康管理綜合 紀錄 Record									

* 檢查報告經評估如須複查，由本校健康中心或健檢單位直接通知連絡學生複查