

健康檢查紀錄表

Health Examination Record

粗框內資料請詳細填寫

學號 Student Id No.		姓名 Name		科別系所 Department		
檢查日期 Date		年 Year		月 Mon		
檢查日期 Date				日 Day		
檢查項目 Item		檢查結果 Results Of Exam.				
一般檢查 General Exam.	體格 Build	身高 Height cm	體重 Weight kg	腰圍 cm		
	血壓 Blood pressure	mmHg	體脂率 Body fat %	BMI		
	視力 Vision	裸視 Naked eye	右/R:	矯正 Corrected	右/R:	
			左/L:		左/L:	
	辨色力 Color liness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal_____				
聽力 Hearing Test	右/R	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal_____	左/L	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal_____		
口腔 Oral Cavity		右 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 C=齙齒 Dental Cavities X=缺牙 Anodontia 左 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 /=阻生牙 Hinder □=已矯治 Corrected <input type="checkbox"/> 牙周病 Periodontal Disease <input type="checkbox"/> 牙結石 Dental Plaque <input type="checkbox"/> 咬合不正 Malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Other_____				
理學檢查	耳部 Ear		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Tonsil Enlargement <input type="checkbox"/> 其他 Other_____			
	頭頸部 Head & Neck	斜頸 Torticollis	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____			
		異常腫塊 Abnormal Mass	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____			
		甲狀腺 Thyroid Gland	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____			
	胸部 Chest	心肺疾病 Cardiac and Pulmonary disease	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal 心跳 Pulse Rate_____次/分(times/rate) <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart murmur <input type="checkbox"/> 心律不整 Cardiac arrhythmia <input type="checkbox"/> 其他 Other_____			
		胸廓異常 Abnormal Thorax	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 其他 Other_____			
	腹部 Abdomen		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 Splenohepatomegoly <input type="checkbox"/> 其他 other_____			
	脊柱四肢 Spine & Limb		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 青蛙肢 Gluteal Maximum muscle contracture <input type="checkbox"/> 其他 Other_____			
皮膚 Skin		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____				
其他 Other		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____				
尿液四項 Urinalysis		肝炎肝功能 Hepatitis & Liver Function		血液八項檢查: Complete Blood Count		
尿蛋白 Protein		HBsAg		白血球 WBC	10 ³ /uL	
尿糖 Sugar		HBsAb		紅血球 RBC	10 ⁶ /uL	
酸鹼值 PH		HBeAg		血紅素 Hb	g/uL	
潛血反應 O.B		SGOT	U/L	Hct	%	
血脂肪 Blood Lipid		SGPT		U/L		
總膽固醇 Cholesterol	mg/dL	腎功能 Renal function	尿素氮 BUN	mg/dL	體格缺點及建議 Physical defects and suggestions:	
三酸肝油脂 Triglyceride	mg/dL		肌酐酸 Cr	mg/dL		
低密度脂蛋白 LDL	mg/dL		尿酸 UA	mg/dL		
高密度脂蛋白 LDL	mg/dL		飯前空腹血糖 AC Sugar	mg/dL		
醫師簽章 Doctor's Signature		矯治追蹤記錄 Records of treatment		胸部 X光攝影 Chest Radiograph		
特殊記載 Remarks				<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____		