

檢查項目	檢查日期： 年 月 日				
身高	公分	體重	公斤	自選項目	<input type="checkbox"/> 腰圍：_____公分※
血壓	/	mmHg			<input type="checkbox"/> 脈搏：_____次/分※
眼睛檢查	視力	裸視：左眼：_____ 右眼：_____ 矯正視力：左眼：_____ 右眼：_____			
	色盲	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常△： <input type="checkbox"/> 赤綠色弱 <input type="checkbox"/> 赤綠色盲 <input type="checkbox"/> 全色弱 <input type="checkbox"/> 全色盲 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常				檢查醫事人員簽章
	<input type="checkbox"/> 聽力異常 <input type="checkbox"/> 左： <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重度音障 <input type="checkbox"/> 戴助聽器 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 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：_____				檢查醫事人員簽章
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"/> 心律不整※ <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"/> 蹲距困難 <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"/> 疣 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
口腔篩檢	<input type="checkbox"/> 0.無明顯異常 <input type="checkbox"/> 1.未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 3.已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 4.牙齦炎： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 5.牙結石： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 6.口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 7.咬合不正 <input type="checkbox"/> 8.其他				檢查醫事人員簽章

檢驗室檢查項目	檢查結果		檢驗室檢查項目	檢查結果	
	參考值	檢查值		參考值	檢查值
尿液檢查	尿糖	(-)	血液常規	白血球	WBC $\mu$ l 4000-10000
	尿蛋白	(-)		紅血球	RBC 萬/ $\mu$ l 男450-550萬 女400-500萬
	尿潛血	(-)		血色素	Hb g/dl 男14-18 女12-16
	酸鹼值	5.0-7.0		血球容積比	Hct % 男39-52 女35-48
檢查日期	檢查號碼	平均紅血球容積		MCV fl 80-100	
年 月 日	NO:	血小板		Plt. 萬/ml 15-45萬	
胸部X光檢查	檢查結果		肝功能B、C型肝炎	麩胺酸草醋酸轉氨基酶GOT	U/L 男10-37 女8-31
	00 <input type="checkbox"/> 無明顯異狀	<input type="checkbox"/> 其他異常		麩胺酸丙酮酸轉氨基酶GPT	U/L 男10-37 女8-31
	01 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病癥			△ B型肝炎表面抗原HBsAg	(-)
	02 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化			△ B型肝炎表面抗體Anti-HBs	(+, -)
	03 <input type="checkbox"/> 胸廓異常		※ B型肝炎e抗原 HBeAg	(-)	
	04 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水	複查矯治、日期及備註	※ C型肝炎 Anti-HCV	(-)	
	05 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎		心臟血管	中性脂肪	TG mg/dl 50-150
	06 <input type="checkbox"/> 心臟肥大			總膽固醇	T-Cho mg/dl 140-230
	07 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張			※ 高密度膽固醇 HDL-Cho	mg/dl > 40
	08 <input type="checkbox"/> 肺浸潤			※ 血管硬化危險指數 Cho/HDL-C	< 5.0
09 <input type="checkbox"/> 肺結節		※ 低密度膽固醇 LDL-Cho	mg/dl < 130		
臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註
	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			
	總評建議	<input type="checkbox"/> 其他建議：			檢查醫事人員簽章

臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註
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				
總評建議	<input type="checkbox"/> 其他建議：			檢查醫事人員簽章	

△學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目 ※學校自選項目