

健康檢查紀錄表(背面)

學號		姓名										
科別系所												
檢查日期	年 月 日											
一 般 檢 查												
身高	cm		體重	kg								
血壓	① /	mmHg ② /		mmHg								
視力	裸視	右:	矯正	右:								
		左:		左:								
辨色力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____											
聽力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 右: <input type="checkbox"/> _____ 左: <input type="checkbox"/> _____											
口 腔	右		左									
	18 17 16 15 14 13 12 11		21 22 23 24 25 26 27 28									
	48 47 46 45 44 43 42 41		31 32 33 34 35 36 37 38									
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;">D</td> <td style="width: 25px; height: 25px;">M</td> <td style="width: 25px; height: 25px;">F</td> <td style="width: 25px; height: 25px;">T</td> </tr> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>		D	M	F	T				
D	M	F	T									
	C=齙齒; X=缺牙; /=阻生牙; △=已矯正											
	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其它 _____											
理 學 檢 查												
耳鼻喉	<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: _____											
頭頸部	斜 頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____										
	異常腫塊	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____										
	甲 狀 腺	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____										
胸 部	心臟	<input type="checkbox"/> 心跳 _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心雜音										
		<input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 其它 _____										
	肺部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其它 _____										
腹 部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它 _____											
肌肉骨關節	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____											
皮 膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____											
其 他	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____											
尿液四項		肝炎肝功能		血液八項檢查								
尿蛋白		HBsAg		白血球WBC:	10 ³ /uL	MCHC:	G/dL					
尿糖		HBsAb		紅血球RBC:	10 ⁶ /uL	MCH:	Pg					
酸鹼值		HBeAg		血紅素Hb:	g/uL	Hct:	%					
潛血反應		SGOT	U/L	血小板PLT:	10 ³ /uL	MCV:	fL					
血脂肪		SGPT	U/L	體格缺點及建議								
總膽固醇	mg/dL	腎功能										
		尿素	mg/dL	胸部X光檢查: 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"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 其他								
		尿酸	mg/dL									
		肌酐酸	mg/dL									
矯治追蹤記錄				醫師簽章								