

國立聯合大學學生健康檢查流程單

(自行在外體檢學生適用)

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：_____公分 體重：_____公斤		腰圍：_____公分※		
血壓：_____ / _____ mmHg 脈搏：_____次/分※				
視力檢查 裸視：右眼_____ 左眼_____ 矯正視力：右眼_____ 左眼_____				
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常△ <input type="checkbox"/> 其他		
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <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"/> 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"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他		
口腔篩檢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他		

總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	科醫師診治	承辦檢查醫院簽章
	<input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____		
	<input type="checkbox"/> 其他建議：_____		

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
尿液檢查	尿蛋白 (+) (-)			血脂脂肪	總膽固醇 (mg/dL)		
	尿酸值			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dL)		
	尿糖 (+) (-)				尿酸 (mg/dL)		
	潛血 (+) (-)				血尿素氮 (mg/dL) ※		
血液常規檢查	血色素 (g/dL)			肝功能檢查	SGOT (U/L)		
	白血球 (10 ³ /μL)				SGPT (U/L)		
	紅血球 (10 ⁶ /μL)			血清免疫學	B 型肝炎表面抗原		
	血小板 (10 ³ /μL)				B 型肝炎表面抗體		
	平均血球容積 MCV (fl)			其他※	三酸甘油酯		
血球容積比 HcT (%) ※			其他※	高密度膽固醇			
其他※	血糖※			其他※	低密度膽固醇		

胸部 X 光檢查	檢查日期	檢查結果：				複查矯治、日期及備註：
		<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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他_____				

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
----------	-----------------------

※：學校自選項目