

國立臺灣大學學士班新生暨轉學生健康檢查記錄卡

請於健康檢查前上網填寫健康基本資料 (<https://my.ntu.edu.tw>，以計中帳號登入)

113.5

姓名	身分證字號或統一證號										請貼照片 (照片背面請寫 學號、姓名)
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生日	年	月	日				
學號	學院						系 組				

項 目	檢 查 結 果					檢 查 者 簽 章
一般 檢 查	身 高	cm		體 重	Kg	
	腰 圍	cm		身體質量指數	BMI : Kg/m ²	
	脈 搏	次/min		脈 搏 複 查	次/min	
	血 壓	/ mmHg		血 壓 複 查	/ mmHg	
頭 頸 部	聽 力	右耳： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過		左耳： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過		
	耳 鼻 喉	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	淋 巴 腺	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 淋巴結腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	甲 狀 腺	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫大，____級 <input type="checkbox"/> 其他_____				
胸 部	肺 臟	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 囉音 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	心 臟	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 其他_____				
腹 部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 肝腫大 <input type="checkbox"/> 脾腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____					
肌肉,骨,關節	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 (蹲距困難) <input type="checkbox"/> 其他_____					
泌 尿 生 殖	<input checked="" type="checkbox"/> 未檢查 <input type="checkbox"/> 拒檢 <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____					
註：本檢查不適宜大學生，請勿執行，謝謝您的配合。						
皮 膚	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疔 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他_____					
其 他	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他_____					
辨 色 力	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____					
註：醫學院系學生須「眼科醫師」判讀蓋章與檢查醫院機關印章，否則視同無效。						
視 力	裸 視	右眼：			左眼：	
	矯 正	右眼：			左眼：	
口 腔	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 齙齒 <input type="checkbox"/> 缺牙 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 須追蹤複查 <input type="checkbox"/> 其他(例如已矯治等)_____					
實 驗 室 檢 驗	白血球數 WBC :	K/μL		紅血球數 RBC :	M/μL	
	血紅素 HB:	g/dL		平均紅血球容積 MCV:	fL	
	血球容積比 HCT:	%		血小板數 PLT :	K/μL	
	尿酸 UA :	mg/dL		總膽固醇 T-CHO :	mg/dL	
	肌酸酐 CRE :	mg/dL		三酸甘油酯 TG :	mg/dL	
			高密度脂蛋白膽固醇 HDL :		mg/dL	
					空腹血糖 Sugar AC : mg/dL	
	尿 液	尿蛋白 :	尿糖 :	尿潛血 :	酸鹼值 :	生理期： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
胸部 X 光						
總 評 及 建 議	醫師簽章：_____					
*請務必加蓋機關印章，否則視同無效。						
檢查日期：_____						