

- 大學部
碩士班
博士班

中山醫學大學 學生健康檢查表

檢查日期：中華民國 年 月 日

請張貼 1吋相片	姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生： 年 月 日	
	學院		系(所)		年級 班(組)	
	e-mail：		電話：()		手機：	
	家長姓名：		職業：		電話：()	
永久地址：			現在住址：			
病史： <input type="checkbox"/> 無， <input type="checkbox"/> 糖尿病， <input type="checkbox"/> 高血壓， <input type="checkbox"/> 癲癇， <input type="checkbox"/> 肝炎， <input type="checkbox"/> 氣喘， <input type="checkbox"/> 過敏， <input type="checkbox"/> 其他						
檢 查 記 錄					檢 查 人 員 簽 章	
1. 身高：公分		4. 胸圍：公分		5. 發育營養：%		一般 檢 查
2. 體重：公斤		呼吸差：公分		體脂肪率：		
3. 腰圍：公分		7. 血壓： / mmHg				眼 睛
6. 脈搏：次/分鐘 規則： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
8. 視力：左 (矯正後)；右 (矯正後)						
9. 辨色力：		10. 砂眼：		11. 其他眼疾：		耳 鼻 喉
12. 聽力：左： 右：						
13. 耳：		14. 鼻：		15. 喉：		
16. 牙齒： 未治療齲齒： <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 缺牙(因齲齒拔除)： <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						理 學 檢 查 (內 科)
17. 胸部： 心： 肺：						
18. 腹部： 肝： 脾：						
19. 皮膚：		20. 甲狀腺：		21. 淋巴腺：		X-光
22. 脊柱： <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						
23. 言語及精神狀態：						
24. 胸部X光檢查：(檢查日期 年 月 日)，結果：						需 空 腹 6-8 小時
25. 尿液：尿蛋白： 潛血： 尿糖：						
26. 血液 血色素(Hb)： g/dl； 白血球(WBC)： K/cmm 常規： 紅血球(RBC)： M/cmm； 血小板(PLT)： K/cmm 血球比容(Hct)： %； 平均血球容積(MCV)： fl						
27. B型肝炎表面抗原(HbsAg)：		28. B型肝炎表面抗體(HbsAb)：				
29. 總膽固醇： mg/dl		30. 肝機能：GOT ; GPT				
31. 血糖(AC)： mg/dl		32. 尿酸(Uric Acid)： mg/dl				
33. 肌酐酸 mg/dl		34. 血尿素氮 mg/dl		35. 三酸甘油酯：		
36. 低密度脂蛋白(LDL)		37. 高密度脂蛋白(HDL)				
總 評		醫師簽章：				

**參加校內團體健檢，不需下載本表；如選擇自行至符合本校檢查項目之其他通過評鑑之教學醫院以上醫院完成健檢，請務必持本表完成表列各項檢查。

*未能確實完成表列各項檢查者，視同未完成註冊程序。

111/06 更新版