

健康檢查記錄表

檢查項目	檢查日期： 年 月 日																	
體 格	身高：	公分	體重：	公斤	腰圍：	公分	臀圍：	公分	體脂肪：	％								
血壓/脈搏	血壓： / mmHg							脈搏： _____ 次/分										
視 力	裸視	左：							矯正	左：								
		右：								右：								
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 部	<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"/> 青蛙肢（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"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
口 腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
牙齒位置	檢查代碼 C-齶齒 X-缺牙 Δ-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																	
	右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上
	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下
實驗室檢查項目		初查		異常複檢追蹤檢查				實驗室檢查項目				初查		異常複檢追蹤檢查				
		結果		日期		結果						結果		日期		結果		
尿 液	尿蛋白 (+)(-)						總膽固醇 (mg/dl)											
	尿糖 (+)(-)						腎 功 能	肌酸酐 (mg/dl)										
	潛血 (+)(-)							尿酸 (mg/dl)										
	酸鹼值							血尿素氮 (mg/dl)										
血 液 常 規	血色素 (g/dl)						肝 功 能	SGOT (U/L)										
	白血球 (10 ³ /μL)							SGPT (U/L)										
	紅血球 (10 ⁶ /μL)						肝 炎	B型肝炎表面抗原 HBsAg										
	血小板 (10 ³ /μL)							B型肝炎表面抗體 HBsAb										
	平均血球容積 MCV (fl)						飯前血糖											
	血球容積比 Hct (%)						三酸甘油酯											
胸 部 X 光	<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				複查矯治、日期及備註：							
	<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"/> 其他 _____											
醫師 總評 建議																	承辦檢查醫院簽章	
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																	

註：選擇到其他醫院辦理者，請攜帶此表至「公、私立」醫院檢查，完成後將此表繳交至佛光大學健康中心。