

國立中山大學健康檢查記錄表 Health Examination Record

重要資訊 Important Information	◎基於個人隱私權及個人資料保護法，您是否同意將健康資料依輔導、醫療之需要送請相關單位追蹤輔導與關懷？ With respect to individual privacy and the Personal Data Protection Act, do you agree to report the health information to relevant authorities or agencies in accordance with counselling or medical needs? <input type="checkbox"/> 同意(Agree) <input type="checkbox"/> 不同意(Disagree) ◎簽名(Signature)：_____ (請簽名)
	◎請進入「 <u>學生註冊網頁</u> 」或「 <u>學務綜合資訊平台</u> 」填寫線上「 <u>學生健康資料卡</u> 」。 Please fill in <u>Health Information Form</u> at NSYSU Online Registration System or at NSYSU Student Affairs Information System.
	◎完成 <u>線上學生健康資料卡</u> 及繳交 <u>醫院健康檢查記錄表</u> ，才算完成新生註冊之健康檢查關卡。 Please complete the <u>Health Information Form</u> and submit the <u>Health Examination Record</u> to finish your freshman health examination.
	◎注意事項：①請持本表至衛生福利部認可之公私立地區醫院以上檢查。②本表未蓋醫院關防者無效。③請盡速健檢，因某些檢查項目（如B型肝炎檢查）需時較久，約十至十四天始完成檢驗報告。④本表所列之項目均需檢查。

學生基本資料 Basic Information	入學日期 Enrollment Date	年 (yy) 月 (mm)	就讀系所 Department	學號 Student No.
	姓名 Name		身分證字號 ID No./ARC No.	電話 Cell phone
	出生日期 Date of Birth	年 (yy) 月 (mm) 日 (dd)	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
	戶籍地址 Permanent address			
	現居地址 Mail address	<input type="checkbox"/> 同上 As above <input type="checkbox"/> 如右 Address:		
	電子信箱 E-mail			

全身檢查項目 Health Examination Record (to be completed by medical personnel)

檢查日期 Date : _____ 年 Year _____ 月 Month _____ 日 Day			
身高 Height : _____ 公分 cm	體重 Weight : _____ 公斤 kg		
腰圍 Waistline : _____ 公分 cm			
血壓 Blood Pressure : _____ / _____ mmHg	脈搏 Pulse rate : _____ 次/分 min		
視力檢查 Vision	裸視 Uncorrected	右眼 Right : _____	左眼 Left : _____
	矯正 Corrected	右眼 Right : _____	左眼 Left : _____
眼 Eyes	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color vision deficiency <input type="checkbox"/> 其他 Other _____	
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	聽力異常 Hearing abnormality : <input type="checkbox"/> 左 Left <input type="checkbox"/> 右 Right <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 (如：耳膜破損) Suspected otitis media, such as from a perforated ear drum <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Swollen tonsils <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 Earwax embolism <input type="checkbox"/> 其他 Other _____	
頭頸 Head & Neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 斜頸 Wry neck (Torticollis) <input type="checkbox"/> 異常腫塊 Abnormal mass <input type="checkbox"/> 其他 Other _____	
胸腔及外觀 Chest	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 其他 Other _____	
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常腫大 Abnormal swelling <input type="checkbox"/> 其他 Other _____	
脊柱四肢 Spine & limbs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 Difficulty squatting <input type="checkbox"/> 其他 Other _____	

(還有背面 Next Page)

皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 癬 Ringworm <input type="checkbox"/> 疥瘡 Scabies <input type="checkbox"/> 疣 Wart <input type="checkbox"/> 溼疹 Eczema <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> 其他 Other_____							
口腔 Oral Health Screening	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	未治療齲齒 Untreated caries	<input type="checkbox"/> 0.無 No	<input type="checkbox"/> 1.有 Yes	缺牙 (因齲齒拔除) Missing tooth (been extracted due to caries)	<input type="checkbox"/> 0.無 No	<input type="checkbox"/> 1.有 Yes		
		已矯治牙齒 Filled tooth	<input type="checkbox"/> 0.無 No	<input type="checkbox"/> 1.有 Yes	牙齦炎 Gingivitis	<input type="checkbox"/> 0.無 No	<input type="checkbox"/> 1.有 Yes		
		牙結石 Dental calculus or tartar	<input type="checkbox"/> 0.無 No	<input type="checkbox"/> 1.有 Yes	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene	<input type="checkbox"/> 0.無 No	<input type="checkbox"/> 1.有 Yes		
		<input type="checkbox"/> 其他 Other_____			<input type="checkbox"/> 咬合不正 Malocclusion				
胸部 X 光 檢查 Chest X-ray	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 No obvious abnormality	<input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 R/O TB <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 TB-related calcification <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Pleural cavity edema <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegaly <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 肺浸潤 Pulmonary infiltrates <input type="checkbox"/> 肺結節 Solitary pulmonary nodule <input type="checkbox"/> 其他 Other_____							
實驗室檢查項目 Laboratory Tests		初查結果 1 st test	檢查結果 Result 異常註記 Abnormal 追蹤 Follow up		實驗室檢查項目 Laboratory Tests		初查結果 1 st test	檢查結果 Result 異常註記 Abnormal 追蹤 Follow up	
尿液 檢查 Urinalysis	尿糖(Sugar) (+)(-)				血脂肪 Blood lipids	總膽固醇 (Total cholesterol) (mg/dl)			
	酸鹼值(pH)				腎功能 檢查 Renal function	血尿素氮 (BUN) (mg/dl)			
	尿蛋白(Protein) (+)(-)					CREATININE(mg/dl)			
	潛血(O.B.) (+)(-)					尿酸(UA) (mg/dl)			
血液 常規 檢查 Blood Test	白血球(WBC) (10 ³ /μL)				肝功能 檢查 Liver function	SGOT (AST) (U/L)			
	紅血球(RBC) (10 ⁶ /μL)					SGPT (ALT) (U/L)			
	血色素(Hb) (g/dl)					血清 免疫學 Hepatitis B	HBsAg		
	血球容積比 (HcT) (%)				Anti-HBs				
	平均血球容積比 (MCV) (fl)								
	血小板 (Platelet count) (10 ³ /μL)								
總評建議 Summary	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 科醫師診治 Requires a consultation with : <input type="checkbox"/> 其他建議 Other:						承辦檢查醫院簽章 Stamp of hospital/clinic where examination was done		
健康管理綜合紀錄 Summary	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄 Summary of health examination results, for follow-up or treatment, and case management outline								
臨時性檢查 Other tests	檢查名稱 Item	檢查日期 Date	檢查單位 Checked by	檢查結果 Result	轉介複查追蹤及備註 Referred for follow-up, comment:				