

學號			班級座號			姓名																																																																																																						
檢查日期	年 月 日																																																																																																											
檢查項目	檢查結果 (採勾選方式,「其他」未詳列項目請以中文載明。)							醫事人員簽章																																																																																																				
血壓	① _____ / _____ mmHg		脈搏: _____ 次/分		② _____ / _____ mmHg		脈搏: _____ 次/分																																																																																																					
聽力	☐ 無明顯異常		☐ 左耳聽力弱 ☐ 右耳聽力弱 ☐ 其他 _____																																																																																																									
辨色力	☐ 無明顯異常		☐ 辨色力異常 ☐ 其他 _____																																																																																																									
眼睛	☐ 無明顯異常		☐ 斜視: _____ ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼瞼下垂 ☐ 其他 _____																																																																																																									
耳鼻喉	☐ 無明顯異常		☐ 耳膜破損 (右、左) ☐ 耳道畸形 (右、左) ☐ 耳前瘻管 (右、左) ☐ 唇顎裂 ☐ 構音異常 ☐ 耳聾鼻塞 (右、左) ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 過敏性鼻炎 ☐ 慢性鼻炎 ☐ 其他 _____																																																																																																									
頭頸	☐ 無明顯異常		☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊 (☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大 ☐ 其他異常腫塊 _____) ☐ 其他 _____																																																																																																									
胸部 (胸腔及外觀)	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢		☐ 胸廓異常 ☐ 氣喘 ☐ 心肺疾病 (☐ 心雜音 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 其他心肺疾病 _____)																																																																																																									
腹部	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢		☐ 腹部異常腫大 ☐ 其他 _____																																																																																																									
脊柱四肢	☐ 無明顯異常		☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形 (☐ 多併指 (趾) ☐ 關節變形 ☐ 其他肢體畸形) ☐ 蹲距困難 ☐ 其他 _____																																																																																																									
泌尿生殖	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢		☐ 隱罩 ☐ 陰囊腫大 ☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他 _____ ※僅限男生受檢																																																																																																									
皮膚	☐ 無明顯異常		☐ 癬 ☐ 疣 ☐ 紫斑 ☐ 疥瘡 ☐ 溼疹 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 其他 _____																																																																																																									
口腔	☐ D未治療齲齒 ☐ F已治療齲齒 恆牙第一大臼齒齲齒經驗(上顎 ☐ 16 ☐ 26、下顎 ☐ 36 ☐ 46) ☐ SF恆牙白齒窩溝封填 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 咬合不正 ☐ 牙結石 ☐ 牙齦炎 ☐ 口腔黏膜異常 ☐ 牙周病 ☐ h乳牙待拔牙 ☐ E待拔牙 ☐ S贅生牙 ☐ M缺牙 ☐ G阻生牙 牙 齒 位 置 圖 D 齲齒、F 已矯治、SF 窩溝封填、h 乳牙待拔牙、E 待拔牙、S 贅生牙、M 缺牙、G 阻生牙 E 待拔牙定義: 1. 乳牙齲齒嚴重無法修復者 2. 恆牙膿瘍並合併degree2以上之搖動者 3. 因齲齒造成的殘根 <table border="1" style="margin: 10px auto; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" rowspan="3">上 右</td> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> <td colspan="3" rowspan="3">左 下</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	上 右			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	左 下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75											48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																													
上 右			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	左 下																																																																																															
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																													
尿液檢查	初查日期: 年 月 日		複查日期: 年 月 日																																																																																																									
	尿蛋白 () 尿 糖 ()		尿蛋白 () 尿 糖 ()																																																																																																									
	尿潛血 () 酸鹼度 ()		尿潛血 () 酸鹼度 ()																																																																																																									
血液檢查	實驗室檢查項目	初檢報告	判讀	實驗室檢查項目	初檢報告	判讀																																																																																																						
	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)		☐ 正常 ☐ 異常	SGOT (U/L)		☐ 正常 ☐ 異常																																																																																																						
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)		☐ 正常 ☐ 異常	SGPT (U/L)		☐ 正常 ☐ 異常																																																																																																						
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)		☐ 正常 ☐ 異常	肌酸酐 (mg/dl)		☐ 正常 ☐ 異常																																																																																																						
	血色素 (g/dl)		☐ 正常 ☐ 異常	尿酸 (mg/dl)		☐ 正常 ☐ 異常																																																																																																						
	血球容積比Hct (%)		☐ 正常 ☐ 異常	總膽固醇 (mg/dl)		☐ 正常 ☐ 異常																																																																																																						
	平均血球容積MCV (fl)		☐ 正常 ☐ 異常	B 型肝炎表面抗原		☐ 有反應 ☐ 無反應																																																																																																						
				B 型肝炎表面抗體		☐ 有反應 ☐ 無反應																																																																																																						
胸部X光	☐ 無明顯異常	☐ 異常 ☐ 疑似肺結核病竈 ☐ 肺結核鈣化 ☐ 胸廓異常 ☐ 肋膜腔積水 ☐ 脊柱側彎 ☐ 心臟肥大 ☐ 支氣管擴張 ☐ 其他 _____					X光編號: _____																																																																																																					
總評建議	☐ 無明顯異常 ☐ 有異常, 需接受 _____ 科醫師診治 ☐ 其他建議: _____						承辦檢查廠商蓋章																																																																																																					
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	學生健康檢查結果追蹤矯治情形: ☐ 1. 已完成複查與矯治, 科別: _____ ☐ 2. 需持續追蹤矯治項目: _____ 個案管理摘要記載: _____																																																																																																											
疫苗接種	新冠肺炎疫苗接種日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日、_____ 年 _____ 月 _____ 日、_____ 年 _____ 月 _____ 日、_____ 年 _____ 月 _____ 日 流感疫苗接種日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日、_____ 年 _____ 月 _____ 日、_____ 年 _____ 月 _____ 日、_____ 年 _____ 月 _____ 日																																																																																																											