

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)

104.5

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_____																	
皮 膚		註：本檢查不適宜大學生，請勿執行，謝謝您的配合。																	
其 他		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <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_____																	
視 力		註：醫學院學生以台大眼科醫師判讀結果為主，本檢查僅供參考。																	
視 力	裸 視	右眼：						左眼：											
	矯 正	右眼：						左眼：											
口 腔	C =齶齒 X =缺齒 φ =阻生齒 △ =已矯治 Sp =贅生齒	右	18	17	16	15	14	13	12	11	左	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
		<input type="checkbox"/> 無異狀 <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"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 追蹤複查																	
實 驗 室 檢 驗	白血球數 WBC :		K/μL		紅血球數 RBC :		M/μL		B 型肝炎抗原 HBsAg :										
	血紅素 HB:		g/dL		平均紅血球容積 MCV:		fL		B 型肝炎抗體 Anti-HBs :										
	血球容積比 HCT:		%		血小板數 PLT :		K/μL		B 型肝炎核心抗體 Anti-HBc :										
	尿酸 UA:		mg/dL		總膽固醇 T-CHO :		mg/dL		肝功能 AST :				U/L						
	肌酸酐 CRE:		mg/dL		三酸甘油脂 TG :		mg/dL		肝功能 ALT :				U/L						
									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：_____																	