

國立臺灣大學學士班新生暨轉學生健康檢查說明

Instructions for the NTU Health Exam for First Year Students of the Undergraduate School and Transfer Students

依據教育部規定及增進學生健康與管理，保健中心於新生入門書院期間辦理新生暨轉學生健康檢查，特地延請臺大醫院優秀的醫療團隊並委託衛生福利部胸腔病院支援，以最專業的陣容及最實在的價格，替新生的健康作第一手的把關工作，期能早期發現健康問題並早期追蹤治療。

在此，非常歡迎各位加入臺大的行列，相信在智慧與健康二者兼具之下，您更能充份享受學習的樂趣，也預祝各位能擁有多采多姿的大學生活！

臺灣大學學生事務處保健中心 謹啟

In order to provide the best care for NTU students, the Health Center arranges freshmen health examination according to the regulations stipulated by the Ministry of Education. Our team is assisted by the excellent medical professionals from the NTU Hospital and the Chest Hospital, Ministry of Health and Welfare. With their full support, we are able to provide a comprehensive health check-up at a reasonable price. Students will be informed of recommendations for further follow-up if abnormalities are detected. We welcome you to join the family of National Taiwan University and wish you a colorful university life!

Sincerely,

Health Center, Office of Student Affairs, National Taiwan University

一、檢查時間：

第一梯次：2015年8月31日，9月1日(整日)；9月2日(上午)

第二梯次：2015年9月7, 8日(整日)；9月9日(上午)

※請於檢查前自行上網填寫健康基本資料，未按規定填寫資料，視同未完成健檢程序。

(請至「myNTU 臺大人入口網」<https://my.ntu.edu.tw>，點選學生專區，再點選學士班健檢資訊，以學號登入)

1. Health exam date:

Stage I : Aug 31 & Sep 1 , 2015 ; Sep 2 (AM)

Stage II : Sep 7-8 , 2015 ; Sep 9 (AM)

※Before the health exam, please fill in General Health Survey on the website. (<https://my.ntu.edu.tw> , Students → Health Survey for Undergraduate, Please log in with your student ID number). Otherwise, the health exam will not be completed.

二、檢查地點：[校總區保健中心](#)（由學校大門進入，椰林大道走到底右側）

2. **Place for health exam:** [Health Center, Main Campus](#) (The Center is on the right side at the end of the Palm Boulevard)

三、檢查費用：每人新台幣七百五十元整，已於繳納學雜費時一併收取。

3. **Health exam fee:** NT\$750 for each person. The fee is charged together with the tuition and miscellaneous fees.

四、檢查項目：

1. 一般檢查：身高、體重、脈搏、血壓、視力、聽力、口腔及理學檢查。
2. 血液檢查：全血球計數（CBC）、B型肝炎（HBsAg、Anti-HBs、Anti-HBc）、肝功能（AST、ALT）、尿酸（UA）、肌酸酐（CRE）、空腹血糖（Sugar AC）、三酸甘油脂（TG）、膽固醇（T-CHOL、HDL-C、LDL-C）。
3. 尿液檢查：尿蛋白、尿糖、尿潛血、酸鹼值。
4. X光檢查：胸部X光。

4. **Items of exam:**

1. General Exams: Height, weight, pulse, blood pressure, eye sight, hearing, mouth cavity, and physical exams.
2. Blood Tests: Complete Blood Count (CBC), Hepatitis B (HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc), Liver Function (AST, ALT), Urine Acid (UA), Creatinine (CRE), AC Sugar (Sugar AC), Triglyceride (TG), Cholesterol (T-CHOL, LDL-C, HDL-C).
3. Urine Tests: Urine protein, urine sugar, urine occult blood, PH
4. X-Ray Exam: Digital Chest X-ray

五、檢查手續：

1. 請按規定時間至保健中心報到處報到，報到時需繳驗「[居留證或護照](#)」、「[國際學生健康調查表 II-自行填寫部分](#)」。
2. 檢查完畢，請將「健康檢查記錄卡」及「註冊手續單」繳給保健中心總檢查處確認、蓋章。

5. **Exam procedures:**

1. Please report to the Health Exam at the requested time. Please submit the “[Alien Resident Certificate \(ARC\) or Passport](#)” and “[International Students General Health Survey - Self Evaluation](#)” when reporting to the Health Exam.
2. Upon completion of the exam, please submit the “Health Exam Form” and the “Registration Procedures Form” to the Central Exams Division (總檢查處) of the Health Center for confirmation and stamping.

六、注意事項：

1. 檢查當天需禁食6-8小時（可喝白開水），檢查前一天，請勿劇烈運動，以免影響檢驗結果。
2. 已配戴眼鏡者，健康檢查當天請務必攜帶，以便測量矯正後視力。
3. X光檢查：請穿著無鈕釦、無金屬配件之上衣，如有懷孕，檢查前請先告知工作人員。

4. 尿液檢查：尿液檢體請截取中段尿，如遇生理期，檢查前請告知工作人員。
5. 若您有任何健康檢查相關問題，可洽保健中心 [Tel:02-3366-2161](tel:02-3366-2161)。
6. 如果您屬於已持「停留簽證」先入境後再辦理轉換外僑居留證者，建議前往 [臺北市立和平醫院](#) 家醫科(最靠近移民署-National Immigration Agency)，即可同時完成臺灣大學新生入學健康檢查，以及辦理外僑居留簽證時所要求之「健康檢查證明乙表項目」。

6. Remarks:

1. **Students should fast for at least 6-8 hours prior to taking the exams (water is allowed).** In order to avoid any influences on the exam results, please do not engage in heavy exercise on the day before taking the exam.
2. Students on prescribed lenses please bring the lenses on the day of the exam so that post-treatment eyesight can be tested.
3. X-Ray Exam: please wear tops without buttons and metal accessories. **If you are pregnant, please inform the staff in advance.**
4. Urine Test: please collect the urine sample from the mid-period urination. **Please inform the staff in advance if you are on menstrual period.**
5. Should you have any questions concerning the health exam, please consult Health Center. Tel: 02-3366-2161。
6. **However, if you enter Taiwan with visitor visa and apply for Alien Resident Certificate (ARC) after arriving in Taiwan, please go to [Taipei City Heping Hospital](#) (It is the nearest one from the National Immigration Agency, NIA) Family Medicine Department to perform the “NTU Health Exam” plus the “Items Required for Health Certificate (type B)” at the same time.**

國立臺灣大學學士班新生暨轉學生健康檢查記錄卡 (I)-醫療機構填寫

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		<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_____																	
其 他		<input type="checkbox"/> 無異狀 <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_____																	
		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 =齲齒 X =缺齒 φ =阻生齒 △ =已矯治 Sp =贅生齒	右				左													
		18	17	16	15	14	13	12	11	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：_____							

國立臺灣大學國際學生健康調查表（II）－自行填寫部分

NTU International Students General Health Survey – Self Evaluation

◎請詳細填寫下列資料，有各項所指情況者，請在"□"打"✓"或在"_"內填寫

(Please fill in the following information and check where indicated)

基本資料 General Information			
姓名 Name		學號 Student ID	
系所 Department / Institute			
身分證或護照號碼 ID or Passport No.		國籍 Nationality	
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男Male <input type="checkbox"/> 女Female	生日 Date of Birth	年Y / 月M / 日D /
緊急聯絡人 1 Emergency Contact Person (I)		地址 Address	
手機 Cell Phone No.		聯絡電話 Tel. No	
緊急聯絡人 2 Emergency Contact Person (II)		地址 Address	
手機 Cell Phone No.		聯絡電話 Tel. No	
婚姻狀況 Marital Status	<input type="checkbox"/> 未婚 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 其他 others		
個人過去病史 Personal Medical History			
<input type="checkbox"/> 肺結核 TB	<input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension	
<input type="checkbox"/> 心臟病 Heart diseases	<input type="checkbox"/> 腎臟病 Kidney diseases	<input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 Peptic ulcer	
<input type="checkbox"/> B型肝炎 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> C型肝炎 Hepatitis C	<input type="checkbox"/> 高脂血症 Hyperlipidemia	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 Thyroid disease	<input type="checkbox"/> 痛風或高尿酸血症 Gout or hyperuricemia	
<input type="checkbox"/> 精神疾病 Psychiatric disorders	<input type="checkbox"/> 關節炎 Arthritis	<input type="checkbox"/> 癲癇 Epilepsy	
<input type="checkbox"/> 小兒麻痺 Polio	<input type="checkbox"/> 血友病 Hemophilia	<input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 Systemic Lupus Erythematosus	
<input type="checkbox"/> 貧血 Anemia	<input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 Malignant neoplasm(tumor)	<input type="checkbox"/> 其他 Others: _____	
<input type="checkbox"/> 無上述疾病 None of the diseases described above			
<input type="checkbox"/> 住院史 Hospital admission history (原因 Reason) : _____			
<input type="checkbox"/> 重大手術 Major operation (年齡 Age/名稱 Reason) : _____			
<input type="checkbox"/> 藥物過敏 Drug allergy (名稱 Drug name) : _____			
<input type="checkbox"/> 食物過敏 Food allergy (名稱 Item name) : _____			
<input type="checkbox"/> 長期服藥 Long term medication(原因 Reason/藥物名稱 Name of the drug(s)) : _____			

家族病史 Family Medical History		
<input type="checkbox"/> 肺結核 TB	<input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension
<input type="checkbox"/> 心臟病 Heart diseases	<input type="checkbox"/> 腎臟病 Kidney diseases	<input type="checkbox"/> 中風 Stroke
<input type="checkbox"/> B型肝炎 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> C型肝炎 Hepatitis C	<input type="checkbox"/> 高脂血症 Hyperlipidemia
<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 Thyroid disease	<input type="checkbox"/> 痛風或高尿酸血症 Gout or hyperuricemia
<input type="checkbox"/> 精神疾病 Psychiatric disorders	<input type="checkbox"/> 貧血 Anemia	<input type="checkbox"/> 肝癌 Liver cancer
<input type="checkbox"/> 肺癌 Lung cancer	<input type="checkbox"/> 乳癌 Breast cancer	<input type="checkbox"/> 子宮頸癌 Cervical cancer
<input type="checkbox"/> 胃癌 Gastric cancer	<input type="checkbox"/> 大腸癌 Colon cancer	<input type="checkbox"/> 攝護腺癌 Prostate cancer
<input type="checkbox"/> 其他 Others: _____		
<input type="checkbox"/> 無上述疾病 None of the diseases described above		
近半年健康行為 Health condition for the past 6 months		
一、睡眠習慣 Sleeping habit	1. 平均每日睡眠時數 Average hours of Sleep: _____小時 hours per night. 2. 平均每週失眠 Insomnia: _____次 times per week.	
二、運動習慣 Exercise habit	1. <input type="checkbox"/> 規則運動 Regularly <input type="checkbox"/> 未規則運動 Not regularly 2. 平均每週運動次數 exercise: _____次 times per week in average. 3. 每次運動 each exercise lasts for _____分鐘 minutes. 4. 運動方式 Type of exercise _____	
三、飲食習慣 Eating habit	1. <input type="checkbox"/> 三餐規則進食 Regular meals 3 times a day <input type="checkbox"/> 經常不吃早餐 No regular breakfast <input type="checkbox"/> 經常不吃午餐 No regular lunch <input type="checkbox"/> 經常不吃晚餐 No regular dinner 2. 平均每天攝取 In average, you have _____碟蔬菜 portion(s) of vegetables, _____份水果 portion(s) of fruits, and _____種油炸食物 items of deep fried food on a daily basis.	
四、吸菸習慣 Smoking habit	<input type="checkbox"/> 未曾 Never <input type="checkbox"/> 有 Yes, 平均一天 In average _____支 cigarettes per day, 約 for _____年 years, 菸 Brand (品名 Name) _____ <input type="checkbox"/> 已戒 Quitted <input type="checkbox"/> 未戒 Not quitted。	
五、喝酒習慣 Drinking habit	<input type="checkbox"/> 未曾 Never <input type="checkbox"/> 有 Yes, 平均每月 approximately _____次 times every month, 平均每次 In average _____cc each time, 約 for _____年 years, <input type="checkbox"/> 已戒 Quitted <input type="checkbox"/> 未戒 Not quitted。	
六、口腔清潔 Oral hygiene	1. 您是否有每餐飯後刷牙的習慣 Do you brush your teeth after each meal? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No 2. 每日共刷牙 brush teeth _____次 times per day.	
七、測量體重 Weight	1. 您是否有每月量體重的習慣 Do you weigh yourself every month? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	

預防注射記錄 Vaccination History

您是否曾接種下列疫苗？ Have you received the following vaccine injections？

白喉 Diphtheria、百日咳 Pertussis、破傷風 Tetanus (D.P.T.)	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes
小兒麻痺 Polio	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes
日本腦炎 Japanese Encephalitis	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes
麻疹 Measles、腮腺炎 Mumps、德國麻疹 Rubella(M.M.R.)	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes
麻疹疫苗 Measles	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes
卡介苗 BCG	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes
B 肝疫苗 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes
B 肝疫苗最初接種時間 When did you take the first shot of hepatitis B vaccine?	<input type="checkbox"/> 出生 Birth <input type="checkbox"/> 國小 Elementary <input type="checkbox"/> 高中 Senior	<input type="checkbox"/> 學齡前 Preschool <input type="checkbox"/> 國中 Junior <input type="checkbox"/> 不清楚 Not sure
B 肝疫苗最初接種劑數 How many shots did you take during the first course of hepatitis B vaccination?	<input type="checkbox"/> 1 劑 1 dose <input type="checkbox"/> 3 劑 3 doses <input type="checkbox"/> 不清楚 Not sure	<input type="checkbox"/> 2 劑 2 doses <input type="checkbox"/> 4 劑 4 doses
追加 B 肝疫苗 When did you take additional shots of hepatitis B vaccine?	<input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 不清楚 Not sure	<input type="checkbox"/> 有 Yes
B 肝疫苗追加時間 When did you take additional shots of hepatitis B vaccine?	<input type="checkbox"/> 出生 Birth <input type="checkbox"/> 國小 Elementary <input type="checkbox"/> 高中 Senior	<input type="checkbox"/> 學齡前 Preschool <input type="checkbox"/> 國中 Junior <input type="checkbox"/> 不清楚 Not sure
B 肝疫苗追加劑數 How many additional shots of hepatitis B vaccine did you take?	<input type="checkbox"/> 1 劑 1 dose <input type="checkbox"/> 3 劑 3 doses <input type="checkbox"/> 不清楚 Not sure	<input type="checkbox"/> 2 劑 2 doses <input type="checkbox"/> 4 劑 4 doses