

國立成功大學—學生健康檢查紀錄卡

應屆新生 復學生 轉學生 提早入學生
其他入學身分：_____

入學年月：_____年_____月
 檢查日期：_____年_____月_____日

學號

學生基本資料	姓名	就讀系所	學院	系(所)	年級	班(組)
	出生日期(西元)	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> A B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> 不知道
	行動電話	E-mail				
	戶籍地址					
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：				
	緊急聯絡人	姓名：	關係：	緊急聯絡電話：		

健康基本資料

◆個人疾病史：(勾選本人曾患過的疾病)

1.無 2.肺結核 3.心臟病 4.肝炎 5.氣喘

6.腎臟病 7.癲癇 8.紅斑性狼瘡 9.血友病 10.蠶豆症

11.關節炎 12.糖尿病 13.心理或精神疾病：_____ 14.癌症：_____ 15.海洋性貧血：_____

16.重大手術名稱：_____ 17.過敏物質名稱：_____ 18.其他：_____

◆高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？0.無 1.有 2.不知道

◆領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡：0.無 1.有，類別：_____

◆領有身心障礙手冊：0.無 1.有，類別：_____，等級：1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度

◆特殊疾病現況或應注意事項：0.無 1.有(請描述)：_____

若有上述疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供就診病歷摘要，以作為照護參考。

◆家族疾病史：0.無
1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂及疾病名稱：_____稱謂及疾病名稱_____、_____稱謂及疾病名稱_____
2.不知道

重大遺傳性疾病包含單基因缺陷(如蠶豆症、海洋性貧血、血友病、脊髓性肌肉萎縮症、遺傳性癌症)、染色體異常(如唐氏症)，以及多基因/環境互動型疾病(如腎臟病、糖尿病、高血壓、氣喘、癲癇、紅斑性狼瘡)等等。

全身檢查項目				檢查醫事人員簽章	
一般檢查	身高：_____公分	體重：_____公斤	腰圍：_____公分	一般檢查	
	血壓(收縮壓/舒張壓)：_____ / _____ mmHg		脈搏：_____次/分		
視力檢查	裸視：右_____ / 左_____； <input type="checkbox"/> 無矯正 <input type="checkbox"/> 有矯正，矯正視力：右_____ / 左_____			眼睛	
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他：(ex. 結膜炎)_____				
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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：_____			耳鼻喉	
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：(ex. 甲狀腺腫大/淋巴腺腫大)_____				
胸腔及外觀	<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：(ex. 心雜音/心律異常/呼吸異常)			理學檢查	
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他：(ex. 黃疸)_____				
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"/> 蹲踞困難 <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：_____				
口腔篩檢 (請醫師務必逐一勾選)	口腔衛生不良	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有		口腔	
	牙結石	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有			
	牙齦炎	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有			
	咬合不正	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有			
	未治療齲齒	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有			
	缺牙(因齲齒拔除)	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有			
	已矯治牙齒	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有			
其他異常	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，_____				

實驗室檢查			檢查醫事人員簽章
檢查項目	報告結果	正常值參考範圍	
尿液	尿蛋白		Negative / (-)
	尿糖		Negative / (-)
	尿潛血		Negative / (-)
	酸鹼值 (PH)		5.0~8.0
血液	血色素(Hb) (g/dL)		11~15(女)；13.3~17.2(男)
	白血球(WBC) (10 ³ /μL)		3.3~9.9 (女)；3.4~9.5 (男)
	紅血球(RBC) (10 ⁶ /μL)		3.78~5.11 (女)；4.26~5.78 (男)
	血小板(PLT) (10 ³ /μL)		157~392 (女)；143~349 (男)
	平均血球容積比(MCV) (fl)		79.6~97.6 (女)；81.9~98.4 (男)
	血球容積比(HcT) (%)		33.3~44.4 (女)；39.1~50.2 (男)
	血清肌酸酐(Creatinine) (mg/dL)		0.5~0.9(女)；0.7~1.2(男)
	尿酸(Uric Acid) (mg/dL)		2.4~5.7(女)；3.4~7(男)
	總膽固醇(Total cholesterol) (mg/dL)		<200
	三酸甘油酯(TG) (mg/dL)		<150
	高密度膽固醇(HDL) (mg/dL)		>50(女)；>40(男)
	* 低密度膽固醇(LDL) (mg/dL)		<100
	飯前血糖(AC) (mg/dL)		60~99
	天門冬氨酸轉氨酶(GOT)(AST) (U/L)		10~35(女)；10~50(男)
丙氨酸轉氨酶(GPT)(ALT) (U/L)		≤35(女)；≤50(男)	
胸部 X 光	檢查日期(西元)：_____年_____月_____日	複查矯治日期/備註：	
	檢查結果： <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 <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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他_____		
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：		承辦檢查醫療院所簽章 

- ◆ 參加本校合作醫院所辦之新生體檢，不需下載本表；如選擇自行至其他醫療院所，則建議持本表至勞動部有效認可之勞工體健檢醫療機構（不包括衛生所）健檢，以利適用於在學期間申請工讀時所需之勞工體檢報告。
- ◆ 請務必持本表完成表列各項檢查，並轉交本表影本、醫院體檢報告影本及個人資料蒐集使用同意書（手寫簽名）予校部衛生保健組備查。
- ◆ 未完成入學體檢者，將會造成您在校期間健康方面相關的福利及權利之損失，如未來造成校園公共衛生問題受到處分，請您自行承擔。
- ◆ 「*」為勞工體檢報告之建議項目，如有規劃在學期間於校內工讀者，請完成該檢查。