

# 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)					
	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____		
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____		
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____	<input type="checkbox"/> 18.其他：_____		
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 14.癌症：_____			
<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____				
	◆高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道					
	◆領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____					
	◆領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度					
	◆特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 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__ <input type="checkbox"/> 2.不知道					

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	建議裸視視力低於0.8者考慮配戴眼鏡，並測量矯正視力；矯正視力建議達1.0以上。				
耳鼻喉	<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)_____	<input type="checkbox"/> 左耳聽力異常 <input type="checkbox"/> 右耳聽力異常	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：_____		
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)_____	理學檢查		
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)			
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 <sup>3</sup> /μL)		3.3~9.9 (女)；3.4~9.5 (男)
	紅血球(RBC) (10 <sup>6</sup> /μL)		3.78~5.11 (女)；4.26~5.78 (男)
	血小板(PLT) (10 <sup>3</sup> /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)		<130
	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)
	B型肝炎表面抗原(HBsAg)		Negative / (-)
B型肝炎表面抗體(Anti-HBs)		Positive / (+)	
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，並同意體檢報告轉交影本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。
- ◆ B型肝炎表面抗原及B型肝炎表面抗體為醫學相關科系學生之建議項目，如系所安排之實習體檢已含上述項目，則新生體檢時可免做。
- ◆ 「\*」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。