

中國醫藥大學新生體檢表 CMU Student Health Examination Form

系所班級 Dept./Institute/Program				姓名 Name			
學號 Student No.				性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	出生日 Date of Birth	年 月 日 (yy)/(mm)/(dd)
手機號碼 Cell phone No.				身分證字號 I.D. No.			
全身檢查項目 Health Examination Record	檢查日期 Date: 年 月 日 (yy)/(mm)/(dd)						檢查醫事 人員簽章 Examiner's Signature
過去病史 Past history of illness	<input type="checkbox"/> 無 None <input type="checkbox"/> 有，請填寫罹患的疾病：Yes, Please fill out the ailments you have had:						
身高 Height: _____公分(cm) 體重 Weight: _____公斤(kg)				腰圍 Waistline: _____公分(cm) ※			
血壓 Blood Pressure: _____ / _____ mmHg 脈搏 Pulse rate: _____次/分 times/min ※							
視力檢查 Vision	裸視 Uncorrected: 右眼 Right _____ 左眼 Left _____ 矯正視力 Corrected: 右眼 Right _____ 左眼 Left _____						
檢查結果登錄 (請勾選) Check result (please tick)							
眼 Eyes	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color vision deficiency Δ <input type="checkbox"/> 其他 Other _____					
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 聽力異常 Hearing abnormality: <input type="checkbox"/> 左 Left <input type="checkbox"/> 右 Right <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 Suspected otitis media 如: 耳膜破損, such as from a perforated ear drum Δ <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Swollen tonsils Δ <input type="checkbox"/> 其他 Other _____					
頭頸 Head & Neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 斜頸 Wry neck (torticollis) <input type="checkbox"/> 異常腫塊 Abnormal mass <input type="checkbox"/> 其他 Other _____					
胸腔及外觀 Chest	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 其他 Other _____					
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常腫大 Abnormal swelling <input type="checkbox"/> 其他 Other _____					
脊柱四肢 Spine & Limbs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 Difficulty squatting <input type="checkbox"/> 其他 Other _____					
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 癬 Ringworm <input type="checkbox"/> 疥 Scabies <input type="checkbox"/> 疣 Wart <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> 溼疹 Eczema <input type="checkbox"/> 其他 Other _____					
口腔 Oral	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	未治療齲齒 Untreated caries: <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes 缺牙(因齲齒拔除) Missing tooth (been extracted due to caries): <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes 已矯治牙齒 Filled tooth: <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes 牙齦炎 Gingivitis*: <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes 牙結石 Dental calculus or tartar*: <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 咬合不正 Malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Other _____					
總評建議 Summary	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 Requires a consultation with _____ 科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議 Other:						

實驗室檢查項目 Laboratory Tests		初查結果	檢查結果 Result		
		1 st test result	異常註記 Abnormal	追蹤 Follow up	
尿液檢查 Urinalysis	尿蛋白 Protein (+) (-)				
	尿糖 Sugar (+) (-)				
	潛血 O.B. (+) (-)				
	酸鹼值 PH				
血液常規檢查 Blood test	血色素 Hb (g/dL)				
	白血球 WBC ($10^3/\mu\text{L}$)				
	紅血球 RBC ($10^6/\mu\text{L}$)				
	血小板 Platelet count ($10^3/\mu\text{L}$)				
	平均血球容積比 MCV (fl)				
	血球容積比 Hct (%) ※				
血脂肪 Blood lipids	總膽固醇 (mg/dL) Total cholesterol				
腎功能檢查 Renal function	CREATININE (mg/dL)				
	尿酸 UA (mg/dL)				
	血尿素氮 BUN (mg/dL) ※				
其他 Other	飯前血糖 AC sugar(mg/dl)				
肝功能檢查 Liver function	SGOT(AST) (U/L)				
	SGPT(ALT) (U/L)				
血清免疫學 Hepatitis B	HBsAg				
	Anti-HBs				
胸部 X 光檢查 Chest X-ray	檢查日期 Date of X-ray : 年 月 日 (yy)/(mm)/(dd)				
	檢查結果 Result <input type="checkbox"/> 無明顯異常 No obvious abnormality <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 R/O TB <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 肺結節 Solitary pulmonary nodule <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 TB-related calcification <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Pleural cavity edema <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegaly <input type="checkbox"/> 肺浸潤 Pulmonary infiltrates <input type="checkbox"/> 其他 Other 複查矯治、日期及備註 Further treatment, date, and comment :				
臨時性檢查 Other tests	檢查名稱 Item	檢查日期 Date	檢查單位 Checked by	檢查結果 Result	轉介複查追蹤及備註 Follow-up referral and notes:
健康管理綜合紀錄 Summary	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄 Summary of health examination results, for follow-up or treatment, and case management outline				承辦檢查醫療院所簽章 Stamp of hospital/clinic where examination was done

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目 The item can be examined as needed under the Implementation Regulations Regarding Students' Health Screening

※：學校自選項目 Optional item