

南亞技術學院 日間部 健康檢查紀錄單 (最後請務必繳交紀錄單)

日間部	<input type="checkbox"/> 五專	<input type="checkbox"/> 轉學生	系所	身分證字號	
	<input type="checkbox"/> 四技	<input type="checkbox"/> 復學生		年 班	
	<input type="checkbox"/> 外籍生	<input type="checkbox"/> 學分班			

學號		姓名	<input type="checkbox"/> 男生	生日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 女生		

體檢報告統一網路查詢，未滿 18 歲學生須將體檢報告通知家長，家長行動電話：_____，報告將透過此電話發送簡訊，通知連結至網路查詢

1. 是否已於網路填寫健康基本資料、生活型態、自我健康評估 是 否 (請掃右方 QR Code)
2. 女性請務必填寫：本人確定無懷孕 同意 不同意 接受 X 光檢查



上述資料無誤，請簽名：_____

檢查項目	檢查日期：112 年 月 日 (以下由檢查單位填寫)	檢查人員
身高：	_____公分 體重：_____公斤 腰圍_____公分	檢測者蓋章
血壓：	_____ / _____ mmHg 脈搏：_____次/分 第二次_____ / _____ mmHg	檢測者蓋章
視力檢查：	裸視：左眼_____ 右眼_____ 矯正：左眼_____ 右眼_____	檢測者蓋章
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____	檢測者蓋章
聽力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 左耳聽力弱_____ <input type="checkbox"/> 右耳聽力弱_____	檢測者蓋章
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_____	醫師蓋章
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_____	
心臟	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 其他_____	
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____	
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"/> 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_____	
其他		
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 未治癒齲齒： <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 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正(<input type="checkbox"/> 矯治中) <input type="checkbox"/> 其他	牙醫師簽章

尿液檢查	尿糖		血脂肪	總膽固醇	是否繳費 550 元	收費者蓋章 蓋章
	尿蛋白		腎功能 檢查	血中尿素氮		
	酸鹼值			肌酸酐		
	潛血			尿酸		
	<input type="checkbox"/> 生理期(或前後)	肝功能 檢查	SGOT	SGPT	胸部 X 光攝影	蓋章
血液常規檢查	白血球、紅血球 血色素、HT MCV、MCH MCHC、血小板	血號	檢測者蓋章	繳交紀錄表 收表者蓋章	請務必上網填寫相關資料 (最後請繳交紀錄表)	