

學制 例如：二技、四技 進二技……	系所		學號		
	年級		班(組)		行動電話
姓名	性別	生日	年	月	日
				身分證字號	
是否已於網路上填寫健康基本資料、生活型態、自我健康評估 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
若未填寫，請務必於體檢結束前，連結右邊 QRCode 填寫完畢					
1. 女性請務必填寫：本人確定無懷孕 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 接受 X 光檢查 2. 健康結果報告除書面報告外，是否同意網路查詢個人健康檢查報告 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 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		
眼 <input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 其他_____				
耳鼻喉 <input type="checkbox"/> 無明顯異常	<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_____				
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"/> 蹲踞困難 <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	收費者蓋章
	尿蛋白		腎功能檢查		
	酸鹼值		肌酸酐		
	潛血		尿酸		
	<input type="checkbox"/> 生理期(或前後)	肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶	胸部 X 光攝影	蓋章
血液常規 8 項檢查	白血球、紅血球 血色素、HT MCV、MCH MCHC、血小板	血清免疫學	麩胺酸丙酮酸轉胺酶	繳交紀錄表	請務必先上網填寫相關資料 在外體檢之同學請將此表繳交至環境暨健康保健組 (弘毅樓 1 樓)
			B 型肝炎表面抗原		
			B 型肝炎表面抗體		
		血號	檢測者蓋章	收表者蓋章	