

# 中華科技大學

日間部 進修部

學號		系所	姓名	<input type="checkbox"/> 男生 <input type="checkbox"/> 女生
		年 班		
身分證字號		生日	年 月 日	行動電話

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  
(若尚未填寫請務必連結右邊 QR Code 填寫)
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：114 年 月 日 (以下由檢查單位填寫)	檢查人員
身高：	_____公分、體重：_____公斤、體脂肪：_____%、腰圍_____公分	檢測者蓋章
血壓：	① _____ / _____ mmHg 脈搏：_____次/分 ② _____ / _____ mmHg	檢測者蓋章
視力檢查：	裸視：右眼_____ 左眼_____ 矯正：右眼_____ 左眼_____	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
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他_____	醫師蓋章
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫( <input type="checkbox"/> 輕微) <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <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"/> 心搏過速 <input type="checkbox"/> 心搏過緩 <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	

尿液檢查	尿糖		血脂肪	總膽固醇	血液常規 8 項	白血球	
	尿蛋白		腎功能 檢查	尿酸		紅血球	
	酸鹼值			肌酸酐		血色素	
	潛血		腎絲球過濾率	腎絲球過濾率		HT	
<input type="checkbox"/> 生理期(或前後)		肝功能 檢查	SGOT	SGOT		MCV	
			SGPT	SGPT		MCH	
體格缺點及建議			胸部 X 光攝影			MCHC	
						血小板	
					血號		