

國立交通大學-學生健康資料卡  
National Chiao Tung University Student Health Examination Form

已完成新生健康問卷  
Completed New Student Health Questionnaire Online  
新生入學指引→資料登錄→健康問卷(108/7/1 開放)

科系 Department	檢查日期 Date	年 月 日 (yy)/(mm)/(dd)	<input type="checkbox"/> 大學部 Undergraduate
學號 Student No.	姓名 Name		<input type="checkbox"/> 研究所 Master <input type="checkbox"/> 博士班 Ph.D
身分證號 / ID NO	連絡電話 Cell phone No		

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 Test	<input type="checkbox"/> 裸視 Uncorrected : 左眼 Left _____ 右眼 Right _____ <input type="checkbox"/> 矯正 Corrected : 左眼 Left _____ 右眼 Right _____
Eye	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color blindness <input type="checkbox"/> 其他 Others
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal    聽力異常 Hearing abnormal : <input type="checkbox"/> 左 L <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎, suspected otitis media <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 swollen tonsils <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 Earwax embolism <input type="checkbox"/> 其他 Others
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 Others
胸部 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"/> 心律不整 Arrhythmia <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart murmur <input type="checkbox"/> 其他 Others
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常腫大 Abnormal Swollen <input type="checkbox"/> 其他 Others
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"/> 青蛙肢(蹲踞困難) Bowlegged(Difficulty squatting) <input type="checkbox"/> 其他 Others
泌尿生殖問診 Genitourinary System Inquiry	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 包皮異常 Abnormal foreskin <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 Varicocele <input type="checkbox"/> 其他 Others <input type="checkbox"/> 未檢查 Unchecked
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 癬 Ringworm <input type="checkbox"/> 痔瘡 Scabies <input type="checkbox"/> 疣 Wart <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> 濕疹 Eczema <input type="checkbox"/> 其他 Others
口腔 Oral	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 牙結石 Calculus <input type="checkbox"/> 牙齦炎 Gingivitis <input type="checkbox"/> 牙周炎 Periodontitis <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 Dental malocclusion <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 Abnormal Oral Mucosa <input type="checkbox"/> 其他 Others
口腔檢查 Dentition status	牙齒位置圖_檢查代碼 Code : C -齶齒 cavity, X-缺牙 missing, △ -已矯治 filled, /-阻生牙 impacted tooth, SP-贅生牙 supernumerary tooth
	Teeth location
	Upper right    18    17    16    15    14    13    12    11    21    22    23    24    25    26    27    28    Upper left Lower right    48    47    46    45    44    43    42    41    31    32    33    34    35    36    37    38    Lower left

★ 此次體檢是否空腹 An empty stomach  是 yes  否 no ; 生理期中(女性) Now in period( For Female)  是 yes  否 no

實驗室檢查項目 Lab Exam	檢查結果 Result	實驗室檢查項目 Lab Exam	檢查結果 Result
血液常規檢查 Blood Test	白血球 WBC(10uL)	血脂 Blood Lipid	總膽固醇 Cholesterol(mg/dl)
	紅血球 RBC(10uL)		三酸甘油酯 TG(mg/dl)
	血色素 Hb(g/dl)		高密度膽固醇 HDL-C(mg/dl)
	血球容積比 Hct(%)		低密度膽固醇 LDL-C(mg/B)
	平均血球容積 MCV(fl)	腎功能 Renal function	尿素氮 BUN(mg/dl)
	血小板 PLT(10/ul)		肌酸酐 Cr. (mg/dl)
尿液檢查 Urinalysis	酸鹼值 PH	肝炎肝功能檢查 Hepatitis & Liver function	尿酸 UA(mg/dl)
	尿蛋白 protein (+) (-)		胺酸草醋酸轉胺酶 GOT (U/L)
	尿糖 Sugar(+)(-)		胺酸丙酮酸轉胺酶 GPT (U/L)
	潛血 O.B (+) (-)		B 型肝炎表面抗原 Hb sAg
其他 Others	飯前血糖 AC Sugar (mg/dl)	B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs	

胸部 X光檢查 Chest x-ray	檢查結果 Result: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 No obvious abnormality <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 TB-related Calcification <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegalia <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 R/O TB <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Pleura cavity edema <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal Thorax <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 其他 Others
------------------------	---

總評建議 Summary & Suggestion	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 有異狀, 須接受 Requires a consultation with a : _____ 科醫師整治 <input type="checkbox"/> 其他建議 Others :	承辦檢查醫院簽章 Stamp of hospital / clinic where examination was done
------------------------------	---	--

★ 自行體檢者或已有公司體檢報告者,其檢查項目請包括上述項目內容,方可抵用(兵役及勞工一般體格檢查,因項目不符,故無法抵用)