

國立陽明交通大學 學生健康資料卡 (入學日期: 年 月)
National Yang Ming 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→新生資料維護→填寫新生健康問卷



科系 Department	檢查日期 Date	年 月 日 (yy)/(mm)/(dd)	<input type="checkbox"/> 陽明校區	<input type="checkbox"/> 交大校區
學號 Student No.	姓名 Name		<input type="checkbox"/> 大學部 Undergraduate	<input type="checkbox"/> 碩士班 Master
身分證號/ID NO	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男(m) <input type="checkbox"/> 女(f)	<input type="checkbox"/> 博士班 Ph.D	
聯絡電話 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 複測血壓 Recheck 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 _____ 高度近視 High myopia: 目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度? Do you currently have myopia greater than 500 degrees (near-sightedness -5.00 diopters) in either eye? <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 不知道 Unknown	
眼 Eyes	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color vision deficiency <input type="checkbox"/> 其他 Others
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 聽力正常 Hearing normal <input type="checkbox"/> 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"/> 聆聽栓塞 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 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"/> 蹲踞困難 Difficulty squatting <input type="checkbox"/> 其他 Others
泌尿生殖 Urogenital System △視個人需要Optional based on individual needs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 未檢查 Not Checked	<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
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 癬 Ringworm <input type="checkbox"/> 疥瘡 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
口腔篩檢 Oral Health Screening	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	未治療齲齒Untreated Caries: <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes 缺牙(因齲齒拔除) Missing tooth(when extracted due to caries): <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes 已矯治牙齒Filled tooth: <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes 牙齦炎: <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes 牙結石: <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 咬合不正 Dental malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Others

★ 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 Test	檢查結果 Result	實驗室檢查項目 Lab Test	檢查結果 Result
血液常規檢查 Blood Test	白血球 WBC (10 ³ /uL)	血脂 Blood Lipid	總膽固醇 Cholesterol(mg/dl)
	紅血球 RBC (10 ⁶ /uL)		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/dl)
	平均血球容積 MCV (fl)	腎功能檢查 Renal function	血尿素氮 BUN(mg/dl)
	血小板 PLAT (10 ³ /uL)		肌酸酐 Creatinine (mg/dl)
尿液檢查 Urinalysis	酸鹼值 PH	肝炎肝機能 Hepatitis& Liver function	尿酸 UA(mg/dl)
	尿蛋白 protein (+) (-)		胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT (U/L)
	尿糖 Sugar(+)(-)		胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT (U/L)
	潛血 O.B (+)(-)		B 型肝炎表面抗原 HbsAg
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 Peura 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"/> 肺結節pulmonary nodule <input type="checkbox"/> 肺浸潤pulmonary infiltration <input type="checkbox"/> 其他 Others	複查矯治、日期及備注 Further treatment, date and comment
--------------------	---	---

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。兵役與勞工一般體格檢查,因項目不符,故無法抵用。