

全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）															檢查醫事人員簽章				
身高：_____公分	體重：_____公斤	自選項目： <input type="checkbox"/> 腰圍_____公分																		
血壓：_____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分																			
視力檢查	裸視：左眼_____			右眼_____			矯正視力：左眼_____			右眼_____										
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常		<input type="checkbox"/> 其他_____															
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他_____																	
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_____																	
胸部	<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_____																	
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"/> 青蛙肢（蹲距困難） <input type="checkbox"/> 其他_____																	
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查		<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <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_____																	
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他_____																	
牙齒位置圖	檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙																			
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上			
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下			
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議：															承辦檢查醫院簽章				
															科醫師診治					
實驗室檢查項目	初查結果		檢查結果		實驗室檢查項目										初查結果		檢查結果			
尿液檢查	尿蛋白、尿糖		、		血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)														
	潛血、酸鹼值		、			三酸甘油酯 (mg/dl)														
	尿白血球、酮體		、			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)													
	尿膽素原、膽紅素		、				尿酸 (mg/dl)													
	亞硝酸鹽、比重		、				血尿素氮 (mg/dl)※													
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)														
	白血球 (10 ³ /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)														
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				血清免疫學	B型肝炎表面抗原														
	血小板 (10 ³ /μL)					B型肝炎表面抗體														
	平均血球容積					B型肝炎e抗原														
	MCV				其他															
	血球容積比 Hct																			
平均血色素濃度																				
紅血球平均血紅素																				
胸部X光檢查	X光號		檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他_____												複查矯治、日期及備註：					
臨時性檢查	檢查名稱		檢查日期		檢查單位		檢查結果		轉介複查追蹤及備註											
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄																			