

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"/> 耳聾堵塞 <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-齶齒 X-缺牙 △-已矯治 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙																																																																					
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>右上</td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>右下</td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																		左上 左下
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																						
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																						

總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____	承辦檢查醫院簽章
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

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	
		異常註記	追蹤			異常註記	追蹤
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						
	MCV						
	血球容積比 Hct			其他			
	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
----------	-----------------------