



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		<input type="checkbox"/> 腰圍_____公分							
血壓：1. _____ / _____ mmHg 2. _____ / _____ mmHg		脈搏：1. _____ 次/分 2. _____ 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： <input type="checkbox"/> 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							
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"/> 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							
口腔篩檢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	未治療齲齒： <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"/> 其他							
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 異常註記 追蹤		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果 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	、				三酸甘油脂 (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 <sup>3</sup> /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)			
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)				血清 免疫學	B型肝炎表面抗原△			
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)					B型肝炎表面抗體△			
	平均血球容積 MCV								
	血球容積比※				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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <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								