

學制	例如：二技、四技 進二技.....	科系所		學號			
		年級		班(組)		行動電話	
姓名		性別		生日	年 月 日	身分證字號	

是否已於網路上填寫健康基本資料、生活型態、自我健康評估 ☐是 ☐否

若未填寫，請務必於體檢結束前，連結右邊 QRCode 填寫完畢

女性請務必填寫：本人確定無懷孕 ☐同意 ☐不同意 接受 X 光檢查

上述資料無誤，請簽名：_____



檢查項目	檢查日期：115 年 月 日 (以下由檢查單位填寫)			檢查人員
身高：_____公分	體重：_____公斤	腰圍_____公分	檢測者簽章	
血壓：_____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分	第二次_____ / _____ mmHg	檢測者簽章	
視力檢查：裸視：右眼_____左眼_____	矯正：右眼_____左眼_____	檢測者簽章		
辨色力 ☐ 無明顯異常	☐ 辨色力異常 ☐ 其他_____	檢測者簽章		
聽力 ☐ 無明顯異常	☐ 左耳聽力弱_____ ☐ 右耳聽力弱_____	檢測者簽章		
眼 ☐ 無明顯異常	☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼瞼下垂 ☐ 其他_____			
頭頸 ☐ 無明顯異常	☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊 ☐ 甲狀腺腫大(☐ 輕度) ☐ 其他_____	醫師簽章		
耳鼻喉 ☐ 無明顯異常	☐ 疑似中耳炎 ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 耵聍栓塞 ☐ 其他_____			
胸腔及外觀 ☐ 無明顯異常	☐ 心肺疾病 ☐ 胸廓異常 ☐ 其他_____			
心臟 ☐ 無明顯異常	☐ 心律不整 ☐ 心雜音 ☐ 心搏過速 ☐ 心搏過緩 ☐ 其他_____			
腹部 ☐ 無明顯異常	☐ 異常腫大 ☐ 其他_____			
脊柱四肢 ☐ 無明顯異常	☐ 脊柱側彎 ☐ 蹲踞困難 ☐ 肢體畸形 ☐ 其他_____			
皮膚 ☐ 無明顯異常	☐ 癬 ☐ 疥瘡 ☐ 疣 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 溼疹 ☐ 其他_____			
其他				
口腔	☐ 無明顯異常	未治療齲齒： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 缺牙(因齲齒拔除)： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 已矯治牙齒： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 牙齦炎※： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 牙結石※： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 咬合不正(☐ 矯治中) ☐ 其他		牙醫師簽章

尿液檢查	尿糖		腎功能檢查	總膽固醇	是否繳費	收費者蓋章
	尿蛋白			血中尿素氮		
	酸鹼值			肌酸酐		
	潛血			尿酸		
	☐ 生理期(或前後)		肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶	胸部 X 光攝影	蓋章
血液常規 8 項檢查	白血球、紅血球 血色素、HT MCV、MCH MCHC、血小板	血清免疫學	B 型肝炎表面抗原	繳交紀錄表		
			B 型肝炎表面抗體			
			血號	檢測者蓋章	收表者蓋章	

請務必上網填寫相關資料

在外體檢之同學請將此表及健檢報告繳交至環境暨健康保健組 (五育樓 1 樓)