

MCU Student Health Form Taipei Campus Taoyuan Campus Kimmen Campus

<input type="checkbox"/> Undergraduate <input type="checkbox"/> Work-experience program <input type="checkbox"/> Master program <input type="checkbox"/> Master's executive class section <input type="checkbox"/> Ph.D. Program <input type="checkbox"/> T3-year completion program work experience class section	Department	Cell phone no.	
	Class	Date of birth	(yy/mm/dd)

Name	<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	Student Id no	
------	--	---------------	--

1. **【Female only】** : I certify that I am NOT pregnant so I would accept Chest X-ray. agree disagree

2. For 1th Nov, you can check your health examination results online. If you undergo a health examination Chi Hsin Clinic. Sign: _____

檢查項目	檢查日期：114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
血壓：①_____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分	②_____ / _____ mmHg
視力檢查：裸視：右眼_____ 左眼_____	矯正：右眼_____ 左眼_____	
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____	檢測者蓋章
聽力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 左耳聽力弱_____ <input type="checkbox"/> 右耳聽力弱_____	檢測者蓋章
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他_____	醫師蓋章
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"/> 甲狀腺腫大(<input type="checkbox"/> 輕度) <input type="checkbox"/> 其他_____	
胸腔及外觀	<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_____	
心臟	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心搏過速 <input type="checkbox"/> 心搏過緩 <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"/> 其他_____	
皮膚其他	<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 未治癒齲齒： <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"/> 矯治中) <input type="checkbox"/> 其他_____	牙醫師簽章

尿液檢查	尿糖		血脂肪	總膽固醇	是否繳費 600	收費者蓋章
	尿蛋白		腎功能檢查	血中尿素氮		
	酸鹼值			肌酸酐	Chest Radiograph (mobile X-ray van)	蓋章
	潛血		肝功能檢查	尿酸		
	<input type="checkbox"/> 生理期(或前後)			麩胺酸草醋酸轉胺酶 麩胺酸丙酮酸轉胺酶		
血液常規8項檢查	白血球、紅血球 血色素、HT MCV、MCH MCHC、血小板		血號	檢測者蓋章	繳交紀錄表 收表者蓋章	(Finally, please be sure to submit the health examination form)