

銘傳大學 台北校區 桃園校區 **(最後請務必繳交紀錄表)**

學制	<input type="checkbox"/> 大學部	系 所	學 號	
	<input type="checkbox"/> 研究所			
	<input type="checkbox"/> 在職研究所	年	班	行動電話

姓名	<input type="checkbox"/> 男生 <input type="checkbox"/> 女生	生日	年 月 日	身分證字號	
----	--	----	-------	-------	--

1. 是否已於網路填寫健康基本資料、生活型態、自我健康評估 是 否
(若未填寫請於體檢結束前，連結右邊之 QR Code 填寫完成)
 2. 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
 3. 健康檢查報告約體檢後 115 年 10 月 16 日可至啟新診所專業健診中心網路查詢報告
- 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		檢測者蓋章
血壓：① _____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分	② _____ / _____ mmHg		檢測者蓋章
視力檢查：裸視：右眼_____ 左眼_____	矯正：右眼_____ 左眼_____			檢測者蓋章
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		
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <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"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <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		
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		

尿液檢查	尿糖		血脂肪	總膽固醇	是否繳費 650	收費者蓋章
	尿蛋白		腎功能檢查	尿酸		
	酸鹼值		肝功能檢查	肌酸酐	胸部 X 光攝影 (X 光車上照射)	蓋章
	潛血	<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	請務必上網填寫相關資料 (最後請繳交紀錄表)