

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. Starting from Oct 16th, you can check your health examination results online if you had your check-up at Chi Hsin Clinic. Sign: _____

| | | |
|-------------------------|---|----------------------|
| 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 |
| 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_____ | |
| 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_____ | |
| 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_____ | |
| 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_____ | 醫師蓋章 |

| | | | | | | |
|----------|--|--|-------|-----------|--|---|
| 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 | | |
| 血液常規8項檢查 | 酸鹼值 | | 肝功能檢查 | 肌酸酐 | Chest Radiograph (mobile X-ray van) | 蓋章 |
| | 潛血 | | | 麩胺酸草醋酸轉胺酶 | | |
| | <input type="checkbox"/> 生理期(或前後) | | | 麩胺酸丙酮酸轉胺酶 | | |
| | 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) |