



國立屏東科技大學學生健康檢查資料表

姓名 Name		(自行填寫)		性別 Sex		(自行填寫)	
科別系所 Dept./Institute/Class		(自行填寫)		學號 Student NO.		(自行填寫)	
身份證字號 I.D. No		(自行填寫)		出生年月日 Date of birth		(自行填寫)	
手機號碼 Cell phone No.		(自行填寫)					
一般檢查	身高	cm		體重	kg		人員簽章
	腰圍	cm					
	血壓	mmHg		mmHg		mmHg	
	脈搏	次/分		次/分		次/分	
	視力	裸視	左：		矯正	左：	
			右：			右：	
辨色力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 其他_____			聽力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____		
既往病史							
理學檢查	眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：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	<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"/> 蹲踞困難 <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_____			
	醫師建議						
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 牙齦炎： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 牙結石： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他_____				
胸部 X 光檢查	※懷孕請先告知檢查人員 ※(未照 X 光請註明原因)						
實驗室檢查	尿液	酸鹼值： 尿蛋白：		尿糖： 尿潛血： <input type="checkbox"/> 生理期			
	血液						