

# 楊梅國中秀才分校學生健康檢查表

檢查日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|----------|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 資料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                       | 身分證字號                                                                                                                                                                                                           |               | 班級(座號)   |          | 相片<br>黏貼處<br>(必須貼)               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 家長電話                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       | 出生年月                                                                                                                                                                                                            |               | 性別       |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 住址                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 一般<br>檢<br>查                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 身高：                                                                                                                                                                                                                                                    | 公分                                                                                                                                                                                                                    | 視力                                                                                                                                                                                                              | 裸視：左眼         |          | 右眼       |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 體重：                                                                                                                                                                                                                                                    | 公斤 BMI：                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                 | 矯正：左眼         |          | 右眼       |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 血壓：                                                                                                                                                                                                                                                    | mmHg                                                                                                                                                                                                                  | 聽力                                                                                                                                                                                                              | 左：            |          | 右：       |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 脈搏：                                                                                                                                                                                                                                                    | 次/分                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                 |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 理<br>學<br>檢<br>查                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 眼                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 無異狀                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                     |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 耳鼻喉                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 無異狀                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 慢性中耳炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞<br><input type="checkbox"/> 其他 |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 頭頸                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 無異狀                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                           |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 胸部                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 無異狀                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                         |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 腹部                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 無異狀                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                       |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 脊柱四肢                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 無異狀                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 青蛙肢（蹲距困難） <input type="checkbox"/> 其他                                                                                      |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 泌尿生殖                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 無異狀                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                       |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 皮膚                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 無異狀                                                                                                                                                                                          | <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                                       |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 口腔黏膜                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無異狀                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正<br><input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他 |                                                                                                                                                                                                                 |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 牙齒位置圖 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 □-已矯治 φ-阻生牙 Sp-贅生牙                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>18</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>14</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>11</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>48</td> <td>47</td> <td>46</td> <td>45</td> <td>44</td> <td>43</td> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> <td>38</td> <td>左下</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |               |          |          |                                  | 右上 | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 左上 | 右下 | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 左下 |
| 右上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 18                                                                                                                                                                                                                                                     | 17                                                                                                                                                                                                                    | 16                                                                                                                                                                                                              | 15            | 14       | 13       | 12                               | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 左上 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 右下                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 48                                                                                                                                                                                                                                                     | 47                                                                                                                                                                                                                    | 46                                                                                                                                                                                                              | 45            | 44       | 43       | 42                               | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 左下 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 牙醫總評： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，須接受治療 <input type="checkbox"/> 建議：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 實驗室檢查項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                        | 結果                                                                                                                                                                                                                    | 正常值                                                                                                                                                                                                             | 實驗室檢查項目       |          | 結果       | 正常值                              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 尿液<br>檢<br>查                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 尿蛋白                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       | 陰性或+/-                                                                                                                                                                                                          | 血脂肪           | 總膽固醇     |          | 0-200 mg/dl                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 尿糖                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                       | 陰性或+/-                                                                                                                                                                                                          | 腎功能<br>檢<br>查 | 肌酸酐      |          | 男 0.9-1.3mg/dl<br>女 0.9-1.1mg/dl |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 潛血                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                       | 陰性或+/-                                                                                                                                                                                                          |               | 尿酸       |          | 男 4.8-8.7mg/dl<br>女 2.6-8.0mg/dl |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 酸鹼值                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       | 5-8                                                                                                                                                                                                             |               | 血尿素氮     |          | 1-20 mg/dl                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 血液<br>常<br>規<br>檢<br>查                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 血色素                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       | 男13.2-17.2 g/dl<br>女10.8-14.9 g/dl                                                                                                                                                                              | 肝功能<br>檢<br>查 | SGOT     |          | 1-20 mg/dl                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 白血球                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       | 男3590-9640 千/ul<br>女3040-8540 千/ul                                                                                                                                                                              |               | SGPT     |          | 男5-40 IU/L<br>女5-35 IU/L         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 紅血球                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       | 男4.00-5.52 百萬/ul<br>女3.78-4.99 百萬/ul                                                                                                                                                                            | 血清<br>免疫學     | HBsAg    |          | < 0.8陰性                          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 血小板                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       | 男148-339 千/ul<br>女150-361 千/ul                                                                                                                                                                                  |               | Anti-HBs |          | ≥ 10陽性                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 平均血球容積                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                       | 男85.6-102.5 fl<br>女85.0-101.0 fl                                                                                                                                                                                | 其他            | 空腹血糖     |          | 70-100 mg/dl                     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 血球容積比                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                       | 男40.4-51.1 %<br>女35.6-45.4 %                                                                                                                                                                                    | 特殊生           | 選項自填：    |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 胸部 X 光                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大<br><input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他 |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 總評<br>建議                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治<br><input type="checkbox"/> 其他建議：                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |               |          | 檢查醫院及醫師章 |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |               |          |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|                      |                       |  |
|----------------------|-----------------------|--|
| 健康<br>管理<br>綜合<br>紀錄 | 健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄 |  |
|----------------------|-----------------------|--|

注意事項：

1. 本表未蓋關防及醫師章者無效。
2. 受檢者應貼妥正面脫帽照方得辦理檢查。
3. 傳染病者須治癒診斷證明方能入學。
4. 特殊疾病者(如：精神疾患、心臟病、氣喘、癲癇…等)，請繳交診斷證明，為入學照顧依據。
5. 以上資料須完整方能入學。