

國立臺灣大學國際學生一般體格檢查表

National Taiwan University International Students General Health Exam Form

姓名 Name:	性別 Sex: <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	相片 Photo			
生日 Date of Birth:	年 Y/ 月 M/ 日 D				
國籍 Nationality:					
居留證或護照號碼 ARC or Passport No.:					
系所 Department / Institute:					
學號 Student ID:					
身份別 Status <input type="checkbox"/> 研究所 Graduate (<input type="checkbox"/> 雙學位生 Dual Degree Student) EMBA <input type="checkbox"/> 國際生 International student <input type="checkbox"/> 僑、陸生 Overseas student <input type="checkbox"/> 學士班 Undergraduate					
身高 Height:	cm 體重 Weight:	kg 腰圍 Waist circumference:	cm		
血壓 Blood Pressure:	/	mmHg 脈搏 Pulse Rate:	/min		
皮膚 Skin : <input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal: _____					
頭頸部 Head & Neck : <input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal: _____					
胸部 Chest : <input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal: _____					
肺部 Lungs : <input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal: _____					
腹部 Abdomen : <input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal: _____					
心臟 Heart : <input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal: _____					
<input type="checkbox"/> 口腔 Oral Cavity : <input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 齲齒 Decay <input type="checkbox"/> 缺齒 Missing tooth <input type="checkbox"/> 阻生齒 Impaction <input type="checkbox"/> 贅生齒 Supernumerary tooth <input type="checkbox"/> 牙結石 Calculus <input type="checkbox"/> 牙齦炎 Gingivitis <input type="checkbox"/> 咬合不正 Dental malocclusion <input type="checkbox"/> 牙周炎 Periodontitis <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 Abnormal Oral Mucosa <input type="checkbox"/> 其它 Other _____					
肌肉、骨、關節 Muscles/Bones/Joints : <input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal: _____					
其他 Others :					
視力 Visual Acuity: 裸視 Uncorrected(R: L:) / 矯正 Corrected(R: L:)					
辨色力 Color Differentiation: <input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal					
聽力 Hearing: 右 Right <input type="checkbox"/> 通過 Pass <input type="checkbox"/> 未通過 Fail / 左 Left <input type="checkbox"/> 通過 Pass <input type="checkbox"/> 未通過 Fail					
實驗室檢查 Laboratory Examinations					
肝功能 SGPT:	U/L	空腹血糖 AC sugar:	mg/dL	白血球數 WBC:	K/ μ L
肌酸酐 Creatinine:	mg/dL	尿酸 Uric acid:	mg/dL	紅血球數 RBC:	M/ μ L
總膽固醇 T-cholesterol:	mg/dL	血紅素 Hb:	g/dL	血小板數 PLT:	K/ μ L
三酸甘油脂 Triglyceride:	mg/dL	平均紅血球容積 MCV:	fL	血球容積比 Hct:	%
高密度脂蛋白膽固醇 HDL-Cholesterol;HDL-C : _____ mg/dL					
尿液 Urine: 酸鹼值 PH 尿蛋白 Protein 尿糖 Sugar 尿潛血 Occult Blood					
胸部 X 光報告 Chest X-Ray Report :					
<input type="checkbox"/> 無活動性肺病變 No active lung lesion <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal: _____					
總評及建議 Comments and Suggestions:					
醫師簽章 Doctor' s signature: _____ 證書字號 Identification number: _____					
檢查日期 Date of health exam: _____ 體檢醫療院所名稱 Name of the medical institution for the health exam: 請務必加蓋機關印章，否則視同無效。 Not valid if without the institution's seal.					

後續追蹤複檢記錄 Follow-up Record

醫師簽章 Doctor's signature :

醫師簽章 Doctor's signature :

醫師簽章 Doctor's signature :

醫師簽章 Doctor's signature :

醫師簽章 Doctor's signature :