

※ 以下各項檢查項目請依規定務必確實執行（由健檢單位填寫）

項目	日期	年	月	日													檢查醫事人員簽章
血壓：		/		mmHg		脈搏：		次/分		腰圍：		公分					
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 <input type="checkbox"/> 其他_____														
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____														
眼睛	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<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 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大） <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"/> 盯聾栓塞 <input type="checkbox"/> 其他_____														
胸部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢		<input type="checkbox"/> 心肺疾病（ <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 心律不整） <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"/> 未受檢		<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"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 其他_____														
泌尿生殖 (只適用男生)	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢		<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____														
口腔	1. 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2. 已治療： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 恆齒第一大臼齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(16或26)(36或46) 有實施口檢表項目，上列1-3項以符號紀錄於口腔檢查表 4. 黏膜狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需轉介 5. <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他																
口腔 檢查	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 /-待拔牙 (因齲齒造成之殘根) φ-阻生牙 Sp-贅生牙
	上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			上	
			右												左		
	下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			下	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
實驗室 檢查	尿	液	尿蛋白：	尿糖：	尿潛血：	酸鹼值：											
	肝	功	能	SGOT：	U/L	SGPT：	U/L	血液常規檢查：									
	腎	功	能	肌酐酸 Creatinine：	mg/dl	WBC：	Hct：	MCHC：									
	尿	酸	檢	查	尿酸 Uric acid：	mg/dl	RBC：	MCV：	PLT：								
	B	型	肝	炎	HBsAg：	HBsAb：	HBeAg：	Hb：	MCH：								
血	脂	肪	總膽固醇 T-CHOL	mg/dl													
胸	部	X	光	檢	查	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異狀 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病癥 <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_____度 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他_____										複查矯治及備註：	
醫	師	總	評	<input type="checkbox"/> 無明顯異常				承辦檢查醫院									
及	建	議	<input type="checkbox"/> 其他建議：				簽章										
矯治追蹤紀錄及特殊記載																	