

# 德明財經科技大學學生健康資料卡

學 制	日間部 <input type="checkbox"/> 外籍專班	系 所	性 別	
	<input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 碩士	年 班	行 動 電 話	
學 號		姓 名	身 分 證 字 號	
			生 日	年 月 日

1. 是否已於網路填寫健康基本資料、生活型態、自我健康評估  是  否  
(若未填寫請於體檢結束前，連結右邊之QR Code填寫完成)
2. 女性請務必填寫：本人確定無懷孕  同意  不同意 接受X光檢查
3. 響應節能減碳，體檢報告統一網路查詢



上述資料無誤，請簽名：\_\_\_\_\_

檢查項目	檢查日期： 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	檢測者蓋章
血壓：	① _____ / _____ mmHg 脈搏：_____次/分 ② _____ / _____ mmHg	檢測者蓋章
視力檢查：	裸視：左眼_____ 右眼_____ 矯正：左眼_____ 右眼_____	檢測者蓋章
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____	檢測者蓋章
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_____	檢測者蓋章
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_____	醫師蓋章
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"/> 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"/> 蹲距困難 <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_____	
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_____	牙醫師簽章

尿液檢查	尿糖		血脂肪	總膽固醇	是否繳費	
	尿蛋白		腎功能	尿酸		
	酸鹼值		肝功能	肌酸酐	胸部 X 光攝影 (X光車) <input type="checkbox"/> 外檢	蓋章
	潛血			SGOT		
	<input type="checkbox"/> 生理期(或前後)			SGPT		
血液常規 8 項 檢查	白血球、紅血球 血色素、HT MCV、MCH MCHC、血小板		血 號	檢測者蓋章	繳交體檢表 收表者蓋章	請務必上網填寫相關資料 (最後請繳交紀錄表)