國立高雄師範大學 學生健康資料卡

		外國國籍 國家名稱				**學號**	
入學日期	年　　月	就讀系所、班（組）別				**姓名**	
出生日期 (西元年)	年　　月　　日	生理性別	□男 □女	血型		**身分證字號**	
戶籍地址						學生本人行動電話	
現居地址 （非宿舍）	□同上 □如右：						

緊急聯絡人、監護人或附近親友	關係	姓名	室內聯絡電話	行動電話	學生本人 Email

參加校內新生健檢是否同意進行胸腹部理學檢查（※含醫師視、聽、叩及觸診）

□同意 □不同意　　簽名_____

□不適用

【不同意】: 請自行至其他醫療院所【非學校新生健檢特約醫療院所】檢查，並於檢查完成後繳交醫師理學檢查報告至衛保組。

【不適用】: 自行至【學校新生健檢特約醫療院所】或【僅做單項加選檢查】者。

個人病史或特殊疾病現況

□無 □有(請填寫疾病名稱)

健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄（以下由衛保組或醫療院所填寫）

注意事項：

一、 請進入「教職員生單一登入」系統個人專區，填寫線上「學生健康資料卡暨體檢同意書」。

二、 完成新生健康檢查及完成線上「學生健康資料卡暨體檢同意書」，才算完成新生之健康檢查關卡。

三、 未參加本校校內新生健康檢查者，請持本表（正反面）至衛生福利部認可之健檢醫療院所檢查。(不含檢驗所)

健康檢查記錄表

以下由醫療院所填寫，若無檢查醫事人員及醫院簽章，視同無效；可直接檢附完整報告，需含本表各項檢查項目。

全身檢查項目	檢查日期：　　年　　月　　日			檢查醫事人員簽章
體格檢查	身高：　　公分	體重：　　公斤	* 腰圍：　　公分	
	血壓：　　mmHg	脈搏：　　次/分	身體質量指數 BMI：	
視力檢查	裸視：左眼＿＿＿＿右眼＿＿＿＿	矯正：左眼＿＿＿＿右眼＿＿＿＿		
眼	□無明顯異常	□辨色力異常△　□其他異常：＿＿＿＿		
耳鼻喉	□無明顯異常	□聽力異常：□左耳　□右耳 □疑似中耳炎，如耳膜破損△　□扁桃腺腫大△　□盯聹栓塞△　□其他＿＿		
頭頸部	□無明顯異常	□斜頸　□異常腫塊　□其他異常＿＿＿＿		
胸腔及外觀	□無明顯異常	□心肺疾病　□胸廓異常　□其他異常＿＿＿＿		
腹部	□無明顯異常	□異常腫大　□其他異常＿＿＿＿		
脊柱四肢	□無明顯異常	□脊柱側彎　□肢體畸形　□蹲踞困難　□其他異常＿＿＿＿		
皮膚	□無明顯異常	□癬　□疥瘡　□疣　□異位性皮膚炎　□濕疹　□其他異常＿＿＿＿		
口腔檢查	□無明顯異常	□口腔衛生不良　□未治療齲齒：□0.無　□1.有 □牙結石　□缺牙（因齲齒拔除）：□0.無　□1.有 □牙齦炎　□已矯治牙齒：□0.無　□1.有 □咬合不正　□其他		

實驗室檢查		初查結果	檢查結果 異常註記	檢查結果 追蹤	實驗室檢查		初查結果	檢查結果 異常註記	檢查結果 追蹤
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 T-chol (mg/dL)			
	尿糖 (+)(-)					三酸甘油脂 TG * (mg/dL)			
	潛血 (+)(-)					高密度脂蛋白膽固醇 HDL * (mg/dL)			
	酸鹼值				腎功能檢查	肌酸酐 Cr * (mg/dL)			
血液常規檢查	血色素 Hb (g/dl)					尿酸 Uric acid (mg/dL)			
	白血球 WBC (10^3/uL)					血尿素氮 BUN * (mg/dL)			
	紅血球 RBC (10^6/uL)				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺 SGOT(AST) (U/L)			
	血小板 PLT (10^3/uL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT(ALT) (U/L)			
	平均血球容積 MCV (fl)				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原 HBsAg (有反應) (無反應)△			
	血球容積比 Hct * (%)					B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs(有反應) (無反應)△			
血糖	飯前血糖 AC Sugar * (mg/dL)				其它				

胸部 X 光檢查	檢查日期：			複查矯治、日期及備註
	□無明顯異常	□疑似肺結核病徵　□肺結核鈣化　□胸廓異常 □肋膜腔積水　□脊柱側彎　□心臟肥大 □支氣管擴張　□肺浸潤　□肺結節 □其他＿＿＿＿		

臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註

總評建議	□無明顯異常 □有異常，(1)體育課需注意：□否　□是 (2)須接受＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科醫師診治 * 其他建議：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	承辦檢查醫院簽章

△學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目；* 學校自選項目

20250520